Sr. Br. Dn Valdeavellano.

Guillermo Cruz

Cistotomía y Cistostomía

Supra-Pubianas

Antonio G. Valdeavellano

1899

GUATEMALA:
Tipografía de Arturo Síguere y Cía.

CISTOTOMÍA Y CISTOSTOMÍA SUPRA-PUBIANAS



TESIS

PRESENTADA Y SOSTENIDA ANTE LA

JUNTA DIRECTIVA DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

POR

ANTONIO G. VALDEAVELLANO

Guatemala, Octubre de 1899.

GUATEMALA:
Tipogrfía de Arturo Síguere y Cía.

JUNTA DIRECTIVA

DE LA

Facultad de Medicina y Farmacia

PROPIETARIOS :

DECANO	Dr. don	Juan J. Ortega
VOCAL 1º	,, ,,	Mariano Fernández Padilla
VOCAL 2º	,, ,,	Samuel González
VOCAL 3º	,, ,,	Salvador Saravia
VOCAL 4º	,, ,,	Leopoldo Mancilla
SECRETARIO	,, ,,	Luis Toledo Herrarte

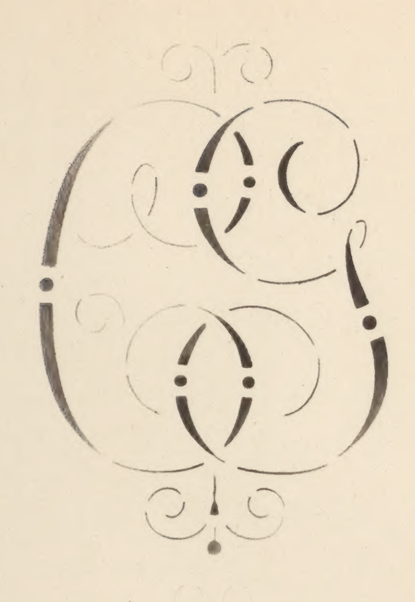
SUPLENTES :

DECANO	Dr. don	Mariano Trabanino
VOCAL 1º	,, ,,	Juan I. Toledo
VOCAL 2º	,, ,,	Nicolás Zúñiga
VOCAL 3º	,, ,,	Mariano S. Montenegro
VOCAL 4º	,, ,,	Manuel Monge
SECRETARIO	,, ,,	J. Roberto Molina

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PRIVADO:

DECANO	Dr. don	Juan J. Ortega
PRESIDENTE	" "	Mariano F. Padilla
VOCAL 1º	" "	Nicolás Zúñiga
VOCAL 2º	" "	José Azurdia
SECRETARIO	" "	Luis Toledo Herrarte.

NOTA—Sólo los candidatos son responsables de las doctrinas consignadas en las tesis. (Art. 286 de la Ley de Instrucción Pública.)



A LA MEMORIA DE MI PADRE

DON NARCISO G. VALDEAVELLANO.

A MI MADRE

DOÑA CATALINA C. DE VALDEAVELLANO.

A MIS HERMANOS.

A MIS MAESTROS

DOCTOR DON JUAN J. ORTEGA,

Y DOCTOR DON SALVADOR ORTEGA.

Honorable Junta Directiva:

Con la satisfacción propia del que llega á realizar un ideal, vengo á someter á vuestra ilustrada consideración este imperfecto estudio, inspirado en las lecciones de afamados especialistas, y atendiendo los sabios y atinados consejos de mis maestros, bajo cuya hábil dirección he podido formar mis observaciones y juicios del punto que se me ha designado.

Faltaría á un deber si no hiciera en estos momentos pública manifestación de profunda gratitud, hacia mi querida madre, que no omitió medio alguno para ver convertidas en hermosa realidad, mis aspiraciones.

Reciba también mi ilustrado maestro, Doctor don Juan J. Ortega, mi reconocimiento más sincero por el apoyo y desinteresado entusiasmo, peculiares en él, con que contribuyó siempre á la feliz terminación de mis estudios.

Si este trabajo es, en algo siquiera, útil á mis compañeros, se habrá satisfecho uno de mis vehementes deseos.

CISTOTOMIA Y CISTOSTOMIA SUPRAPUBIANAS

SUMARIO:

INTRODUCCION.

Uno de los órdenes de enfermedades que ha llamado más nuestra atención en el extenso campo de las ciencias médico-quirúrgicas, y á cuyo estudio nos hemos dedicado especialmente, es el de las alteraciones de les órganos génito-urinarios.

Sí es cierto que la cirugía moderna ha realizado verdaderos prodigios en el tratamiento de muchísimas enfermedades de los demás aparatos, en los de aquel, tiende con no menos incremento á verificar curaciones sorprendentes de enfermedades que pasan por incurables.

Boinet, Charriere, Leroy, Maisonneuve, Sedillot, Ricord, Albarran, Guyon, Poncet y tantos otros han conseguido con la invención de aparatos perfectos y hábiles operaciones, dar un timbre más de gloria á la cirugía antiséptica, esperanza de la humanidad que sufre.

No cabe duda que esos aparatos y operaciones que no dejan nada que desear, tienden constantemente á mejorarse, de acuerdo con la ley ineludible del progreso.

Entre nosotros gracias á la noble iniciativa de algunos de nuestros sabios maestros, y á la constante dedicación de los otros, podemos contar en nuestra cirugía nacional, con intervenciones que á la par de delicadas, obtienen éxito completo.

Durante nuestra práctica en el Hospital General, pudimos observar los resultados brillantes de muchas operaciones llevadas á cabo en las vías génito-urinarias, preponderando en nuestro con-

cepto la cistotomía supra-pubiana y especialmente la cistostomía y cistodrenage hipo-gástricos, por razón de ser los últimos, procederes operatorios muy pocas veces llevados á cabo entre nosotros, y que en los casos relatados al final de este trabajo dieron un éxito bastante satisfactorio. Esos casos según los datos que hemos podido obtener, son los primeros que se han operado en Guatemala. Al Doctor Don Juan J. Ortega se debe, pues, haber introducido por vez primera en la práctica corriente, este precioso recurso con que cuenta en la actualidad la cirugía de las vias génito-urinarias.

Así es que, en el curso de esta tesis no sólo pasaremos revista á la técnica, indicaciones y demás detalles de la talla hipo-gástrica, sino que insistiremos en la cistostomía, puesto que á ella se refieren cuatro de nuestras observaciones, que consiste en la fistulización definitiva ó temporal de la vejiga.

Según lo hace ver el profesor Lejars, la idea no es de ninguna manera nueva en cirugía; no es mas que la aplicación particular de un método muy general de terapéutica operatoria, de donde dimanan la gastrostomía, la colecistostomía, el ano contra-natura etc.

El profesor Poncet(de Lyon) ha regulado sus indicaciones, señalado sus consecuencias tardías, y precisado su técnica operatoria, habiéndole seguido el Doctor MacGuire (de Virginia).

No hay duda que en la actualidad, presenta aún algunos inconvenientes que tienden á desaparecer, prestando por consiguiente más tarde

mayor garantía á los prostáticos, que como lo veremos adelante, es en los que esta operación, tiene su importancia capital. Así pues, ella no ha llegado á realizar aún, el grado de perfección deseable, porque la creación de un meato hipogástrico constituye si se quiere una molestia continua, no obstante que evita las fatales consecuencias y fatigas á que está condenado el enfermo. Llegará época en que perfeccionada en lo posible, se obtenga una verdadera via casi semejante á la que ha quedado inutilizada, es decir, una uretra contra-natura con sus correspondientes esfínteres, estriado y liso, que den paso á la orina que impulsa, la contractilidad recobrada del reservorio vesical.

Si esas consideraciones se pueden hacer respecto á la cistostomía en los prostáticos, en lo que se refiere á las demás indicaciones de esta operación, como veremos más adelante, tiene un porvenir no menos práctico y seguro.

Para marcar la diferencia que existe entre las dos operaciones que constituyen el objeto de nuestro trabajo, consideraremos á la cistotomía como una operación que consiste en la abertura por incisión de la vejiga con un fin quirúrgico, suturando acto continuo ó estableciendo un drenaje temporal de aquel órgano; y, á la cistostomía como el mismo proceder, pero con la precisa condición de constituir un meato hipogástrico permanente, un drenaje continuo, que se consigue, suturando los bordes de la sección vesical, á los de la herida abdominal. De ahí que el profesor Poncet llamara á su proceder *cistostomía suprapubiana*, que quiere decir; boca vesical arriba del pubis.

HISTORIA

Después de los numerosos procederes que los cirujanos antiguos describían para practicar la talla perineal, operación que consideraban sumamente peligrosa, viene el alto aparato ó talla hipogástrica, que según diferentes autores fué ideada y practicada por Pedro Franco en 1561, dándole el nombre que en la actualidad lleva.

Haller dice que la talla suprapubiana era practicada ya á mediados del siglo XV, y algunos autores atribuyen á Phylagrius, médico de Tesalónica, que floreció poco tiempo después de Galeno, la concepción de este proceder, aún cuando estas dos consideraciones parezcan, al decir de otros escritores, sumamente dudosas.

La operación imaginada por Franco, tuvo muchísimos opositores en su época.

En 1581 Rousset demostraba que la feliz audacia de aquel, podría conducir á una operación reglada, de felices resultados. Este cirujano apreciaba las ventajas que había en distender la vejiga, haciéndola subir por encima del pubis para practicar la incisión correspondiente.

El siglo XVII suministra pocos hechos á la historia de la operación de que tratamos. Proby la introduce en Inglaterra en 1694.

En el siglo XVIII se abre para la talla hipogástrica, una era de estudios y progresos. Dionis la considera mucho menos peligrosa que la talla perineal y Grænvelt en 1710 la practica varias veces con éxito, lo mismo que Douglas, quien en 1718 presenta una memoria recomendándola, á la Sociedad Real de Londres. Más tarde, mien-

tras que en Francia los Souberbielle la estudiaban cuidadosamente, sirviéndose de ella con frecuencia, M. Carpue, su discípulo, se hacía defensor de ella en la Gran Bretaña.

En 1750 *el hermano* Cosme modifica profundamente la operación de Franco y trata de darle á la vez mayor seguridad. Suprime la inyección previa de la vejiga en vista de las dificultades y dolores que ocasiona, y opera con un instrumental bastante complicado. Leblanc en 1776 y Deschamps en 1796 adoptan el proceder del hermano Cosme.

Las discusiones sobre el valor y oportunidad de la talla hipogástrica, toman incremento en el siglo XIX. Brazeilhac, sobrino de Fray Cosme, recomienda la práctica del célebre litotomista y Dupuytren en 1812, la práctica con éxito en varias ocasiones. Más tarde Begin, Franc, Chassainac en Francia, Poland en Inglaterra, Pitha en Alemania y Winslow Dulles en América, se constituyen ardientes defensores de la cistotomía hipogástrica, seguidos de muchos cirujanos.

El profesor Van Goudæver de Leyden, hace al Congreso de Ciencias Médicas de Amsterdan en 1879, una comunicación sobre las ventajas operatorias que presenta este proceder, concluyendo de la siguiente manera:

1º En los niños, la cistotomía suprapubiana debe ser preferida á otro método operatorio.

2º Aun en los adultos, es recomendable en un gran número de casos.

3º Debe prohibirse la aplicación de un catéter permanente después de operar.

4º Es recomendable la sutura vesical, siempre que el método antiséptico de Lister, sea rigurosamente aplicado.

5º Los datos favorables á la litotricia, tienen muy poco valor.

Como se puede ver, antes no se concebía la talla hipogástrica, sino para la extracción de la piedra en la vejiga, no se tenía convicción que este proceder, podría ser feliz en resultados para la ablación de tumores. Si bien es cierto que la historia nos cuenta, que Desault y Covillard extrajeron tumores vesicales, fué en el curso de operaciones hechas por cálculos de la misma especie, lo mismo que Grose y Gersuny. Billroth, cirujano alemán, en 1874 practicando la talla perineal, encontrose con un tumor muy voluminoso, que extirpó por la vía hipogástrica, siendo imitado al año siguiente por Volkmann y Kocher; extendiéndose el procedimiento en Europa y América, pero casi siempre con el ojal perineal de Thompson, ó practicando la talla lateral.

En 1881, Mercacci, en Italia, practicó directamente la talla hipogástrica, sirviéndose para explorar la vejiga de la luz producida por la combustión del magnesio. Bazy y Trendelenburg en 1882, hicieron uso de esta operación con el mismo objeto.

Parker de Nueva York en 1850, aplicó la talla suprapubiana á la curación de la cistitis dolorosa. Verneuil y Duplay introdujeron esta práctica en 1880, á la cirugía francesa.

Poco á poco la talla hipogástrica ha venido modificándose hasta constituir en la actualidad

un proceder de elección, no sólo en el tratamiento de cálculos vesicales y extirpación de tumores, sino también aplicable á varios estados patológicos de la vejiga, de la próstata, etc., como tendremos ocasión de verlo al tratar de las indicaciones de esta operación.

En cuanto á la cistostomía, refieren los autores que Sedillot en 1856, fué el primero en hacer esta operación, en un antiguo prostático, cuya vejiga contenía cantidad de gases y dos litros próximamente de sangre en estado de descomposición. El enfermo restablecido completamente conservó una cánula hipogástrica, que lo libró de nuevos accidentes de retención. De esa manera, Sedillot, trató de abrir una vía supletoria á la uretra hecha impermeable. Boeckel (de Estrasburgo) en 1884, Tedenat en 1887, y Rohmer (de Nancy) en 1888, publicaron observaciones de cistostomías verificadas en prostáticos y coronadas de resultados brillantes.

Por más que este proceder quirúrgico se haya hecho de general aplicación entre los Cirujanos, no cabe duda que al profesor A. Poncet (de Lyon) es á quien toca el mérito de haber hecho de esta intervención, un método regulado, que en la actualidad ha entrado de lleno en la práctica corriente, no obstante que, como ya dijimos, presenta aún algunos inconvenientes. En abril de 1888, practicó su primera cistostomía, y al año siguiente, comunicaba á la Sociedad de Medicina de Lyon, cinco observaciones, todas ellas de éxito feliz. En 1892, exponía los beneficios de su método, basándose en treinta y cinco cistostomías. El 23 de

diciembre de 1891, Poncet opera al profesor Diday, teniendo en este ilustre cistostomizado, un entusiasta encomiador de su método.

Cuando el profesor Poncet practicaba las primeras investigaciones referentes á su método, un cirujano de Virginia (E. E. U. U.), el profesor Hunter Mac Guire, establece el mismo proceder operatorio, publicando en 1888 su primer trabajo, que contiene cuatro observaciones. En 1890 da á conocer veintiún casos de cistostomías, todas seguidas de éxito feliz y verificadas ocho de ellas en individuos prostáticos. Así como Poncet, él quiere obtener también una uretra contra-natura, una micción hipogástrica, y un drenaje permanente de la vejiga.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

Hemos dicho ya que al caer en desuso la talla perineal, fué la hipogástrica el procedimento de elección para las afecciones vesicales, y entre ellas los cálculos principalmente, son los que obligaban y obligan actualmente á practicar aquella operación.

No cabe duda que la litotricia rápida ha reducido los casos justificables de aquella intervención, pero hay ocasiones en que no se puede materialmente aplicar, y entonces la talla encuentra una de sus principales indicaciones.

Trataremos sucintamente de señalar los casos en que la talla hipogástrica debe elegirse.

En lo que concierne al calculo que se trata de extraer, esta operación tiene indicaciones variadas.

Los cálculos murales tienen en la gran mayoría de las veces, que ser extraídos por la talla. Así también el volumen que tengan presenta un dato necesario para su extracción: algunos cirujanos dan como límite á la piedra operable por litotricia, de 3 á 5 centímetros; pasando de ese límite será aplicada la cistotomía. No obstante hay que advertir que si el cálculo es de fosfatos, fácilmente triturable. se debe optar por la litotricia, aun cuando las dimensiones del último, pasen de aquel límite. Será también aplicable la talla, atendiendo al estado de la vejiga, siempre que ésta presente fungosidades, ó en caso que el cálculo esté enquistado. Dadas esas circunstancias, preferible será tener un ancho campo de exploración, como también verificar más fácilmente la aplicación de substancias necesarias, para modificar la mucosa vesical alterada. De la misma manera en una vejiga dolorosa é irritable. muchas veces es imposible introducir el litotritor; el espasmo permanente de aquel órgano, impide evolucionar dicho instrumento.

La talla presenta también indicaciones en caso de cálculos, atendiendo al estado de las vias urinarias superiores. Cuantas veces existen al mismo tiempo que aquellas, nefritis, pielo-cistitis, riñones dolorosos, oliguria etc. Hay cirujanos que prefieren la litotricia en tales casos, por el motivo de ocasionar al enfermo, el mínimun de choc operatorio; pero si atendemos que verificando la talla se obtiene un drenaje, sí se quiere, más favorable para los riñones, al mismo tiempo que la antisépsia vesical es llevada á buen término, no

hay duda que se dará la preferencia á la talla, no obstante que en tales casos, cualquiera intervención sería bastante grave.

En cuanto al estado de las vias urinarias inferiores se podrá decir, que por parte de la uretra no hay inconvenientes para llevar á cabo la litotricia; si presenta estrecheces, la uretrotomía interna facilitará más tarde, el paso al litotritor. Ahora, respecto la próstata, su hipertrofia no presenta obstáculos algunas veces á la entrada de aquel instrumento, gracias á la maniobra prepubiana de Guyon, que consiste en abandonar á su propio peso el litotritor, una vez se haya hecho penetrar hasta el vértice de la próstata; comprimiendo fuertemente, en seguida, con las dos manos colocadas de plano, las partes blandas que se encuentran delante de la sínfisis, á manera de retraerlas hacia abajo, se hace penetrar por sí solo al instrumento en el interior de la vejiga. Algunas veces la próstata presenta relieves en la vejiga que la hacen asimétrica, y los cálculos se esconden en las anfractuosidades y repliegues. En ese caso muchos cirujanos prefieren la talla hipogástrica, mas aun si la multiplicidad de los cálculos, y el estado séptico ó irritable de la vejiga, suministran indicaciones suplementarias. A propósito, acaba de ser operado en la casa de salud, un anciano que presentó á la abertura de la vejiga una próstata muy voluminosa, que ocultaba dos cálculos que se extrajeron, los cuales no habían sido alcanzados con la sonda exploradora en el momento de hacer el diagnóstico de la afección vesical.

Respecto á la intervención en los ancianos se

puede decir, que á menos de deformaciones prostáticas infranqueables ó de esclerosis renal, la litotricia representa el mínimun de trauma operatorio.

En los niños la generalidad de los cirujanos optan por la cistotomía, debido á algunas circunstancias que hacen desfavorable la litotricia, como la tendencia que tienen los cálculos en ellos, de alojarse en la parte superior del órgano, adonde las ramas del litotritor es muy difícil que lleguen, la posición elevada del cuello de la vejiga, cuyas paredes son blandas y depresibles y las dificultades creadas por la solidez del instrumento que, como tiene necesariamente que ser delgado, carece de la fuerza que en algunas ocasiones se necesita.

En la primera observación que publicamos, se hace mención de una talla hipogástrica, llevada á cabo en un niño de cuatro años, la cual como se puede ver, dió un resultado feliz. Dicha observación fué recogida en el 2º Servicio de Cirugía del Hospital General por nuestro estudioso compañero Br. Francisco Asturias.

En la mujer, algunos detalles anatómicos crean obstáculos á la litotricia, tales como el volumen más grande de la vejiga, desprovista de fondo, y de paredes débilmente sostenidas. Todo esto anula la ventaja constituida por el corto tamaño de la uretra y su dilatabilidad. No obstante, puede emplearse y ha dado buenos resultados ayudada por el dedo introducido en la vagina. Ahora, si se trata de cálculos voluminosos, en una vejiga incapaz de retener cierta canti-

dad de líquido, inflamada y dolorosa; si se trata sobre todo de una piedra desarrollada al rededor de un cuerpo extraño, la cistotomía será el proceder que se elija.

Otra indicación importante de la talla suprapubiana es la que concierne al tratamiento de los tumores vesicales.

Los diferentes procederes operatorios ideados que describiremos á su tiempo, permiten en casos de neoplasmas vesicales, conseguir ya un simple tratamiento paliativo, ó una operación capaz de curar radicalmente al enfermo.

La incisión y drenaje de la vejiga constituyen el mejor medio paliativo, pues la simple sonda permanente, no basta contra los accidentes de hematuria y dolor; no pone la vejiga en reposo.

El tratamiento curativo consiste en la ablación del tumor, operación de suyo bastante grave. Este no presenta resultados satisfactorios; sólo cuando se pueden extirpar todas las partes enfermas. Será necesario, pues, en caso de cáncer, por ejemplo, que éste no se haya propagado á los tejidos peri-vesicales, ni extendido á los ganglios linfáticos. Por eso las condiciones de curación radical, no son tan favorables en todos los casos, y de esa manera se puede explicar la recidiva al nivel de los ganglios, de tumores operados en su totalidad. Por consecuencia y como regla general, se puede decir que la cistotomía está contraindicada, en los casos en que el tumor infiltre las paredes vesicales, ó se propague á los ganglios y órganos vecinos. Se deduce de esto que la talla suprapubiana, es un recurso poderoso para con-

seguir, ya la mejoría de los unos, la curación total de los otros, ó el medio de llevar á cabo intervenciones más serias, como la cistectomía ó la prostatectomía.

Guyon y Reverdin han encontrado en la cistotomía hipogástrica una operación de resultados halagadores. para la curación de la cistitis tuberculosa. Comprende la abertura de la vejiga y por medio del drenaje consecutivo se le pone en reposo, facilitándose la acción directa de los medicamentos sobre las lesiones específicas.

Está también indicada como tratamiento de las cistitis infecciosas, que van acompañadas de cistalgia rebelde, y cuando se han intentado infructuosamente otros tratamientos. Descubiertas las lesiones, la medicación consecutiva variará, según los casos.

Como último recurso, Weir y Thompson, emplean esta operación, en el tratamiento del espasmo de la vejiga.

Además de ser la cistotomía, algunas veces necesaria para la extracción de cuerpos extraños, está también indicada después de las rupturas traumáticas de la vejiga, con el fin de oponerse á las infiltraciones y derrames urinosas y facilitar el cateterismo retrógrado, dando á los líquidos un paso franco y directo. La observación II, recogida por el Dr. Julio Valdés B., presenta un caso curioso de ruptura de la vejiga, en el cual la cistotomía y cistodrenaje hipogástricos, contribuyeron á que el éxito de la curación fuera brillante.

Las complicaciones renales consideradas de de una manera general, constituyen una contra-

indicación á todas las operaciones practicadas sobre las vías urinarias. Muchas veces un simple cateterismo puede imprimir á las lesiones orgánicas de la glándula renal, una marcha aguda, rápida y fulminante, suspender momentáneamente la función y determinar una uremia mortal.

Considerando la diferencia que hay entre cistotomía y cistostomía que hemos hecho ver en la introducción de nuestro trabajo, pasaremos á ocuparnos de las indicaciones para crear una vía de derivación suprapubiana á la orina, que son variadas y todas ellas dependientes del estado de las vías urinarias inferiores ó superiores.

Los obstáculos á la micción de origen uretral, vejiga infectada ó dolorosa, fístulas urinarias inferiores é hipertrofia prostática, son los estados mórbidos que indican la creación del meato hipogástrico. No hay duda que estas variedades pueden concurrir dos ó más de ellas en un mismo individuo, y presentar modalidades que sería prolijo enumerar. En los casos de obstáculos uretrales al curso de la orina, la cistostomía garantiza una vía supletoria á dicho líquido, durante el tiempo que se emplee en la destrucción del obstáculo que sea. Casos hay en los cuales, se piense en dejar permanente el meato hipogástrico, debido á la gravedad de las lesiones uretrales. Nuestra observación número 6, nos da uno de estos, en el que desgraciadamente la complicación que se presentó, no pudo dejar ver las ventajas ulteriores, y en el cual podían verse diez fístulas urinarias de especies diferentes. Es indudable que en casos semejantes, la curación se verificará mucho más

pronto debido al reposo que se da á los órganos de sus funciones, como también sucede en la cistitis dolorosa y las rupturas de la uretra. En las estrecheces rebeldes de este órgano y cuando el cateterismo es impracticable, encuentra una aplicación la cistostomía, que una vez practicada y conseguido el fin deseado, se puede dejar que se cierre expontáneamente el meato hipogástrico temporal, lo que al decir del profesor Lejars, se consigue con suma facilidad. Se comprende que cuando hay obstáculos al cateterismo, estos han de ser de tal naturaleza, que más vale abandonar la idea de intentarlos de nuevo, y recurrir á la vía artificial. Estos obstáculos persistentes pueden coexistir con un estado séptico de la vejiga ó de las vías urinarias superiores, en cuyo caso, aquella operación está doblemente indicada.

Las vías urinarias superiores presentan también inconvenientes al cateterismo. Muchas veces se produce una hemorragia vesical copiosa, acompañada de dolor intenso, después de una sondada; otras la permanencia de la sonda en la uretra por alguna causa, da margen á dolores tenaces y á molestias, que son perfectamente evitables por la vía de derivación infra-umbilical. El estado del riñón es no menos atendible en la práctica de la cistostomía, pues este órgano muchas veces participa de la afección vesical, y necesariamente al verificarla, el drenaje y asepsia de aquel, puede llevarse á cabo con mayor facilidad.

Poncet ha extendido también su método al tratamiento de la cistitis tuberculosa, del hematocele vesical y cuando coagulos sanguíneos volu-

minosos, son un obstáculo á la micción, á pesar de la sonda. Leguen al cáncer de la vejiga, de la próstata y de la uretra, y á ciertas cistitis calculosas y blenorrágicas.

Tenemos por último la indicación de la cistostomía en los prostáticos. En estos dicha operación, es en donde encuentra su aplicación más justificable. Desde que Poncet y Mac Guire, la erigieron en método operatorio, todos los cirujanos han encontrado en ella un recurso precioso para hacer frente á los terribles accidentes del prostatismo.

Para verificar la cistostomía en los prostáticos, es necesario é importante distinguir, aquellos con retención completa, aguda ó crónica, aséptica y los prostáticos con retención completa, aguda ó crónica séptica. También habrá que diferenciar los infectados pero sin retención completa, y en fin los prostáticos calculosos.

Lejars enuncia de la signiente manera las condiciones en las cuales deberá procederse á la cistostomía:

1º En ciertas crisis de prostatismo agudo, caracterizadas por una retención completa, dependientes de una disuria antigua, y complicadas de accidentes generales graves, al mismo tiempo que han quedado infructuosos varios ensayos suficientemente prolongados de cateterismo.

2º Cuando hay dificultades persistentes de la micción y del cateterismo, acompañadas de retención incompleta, dolores ó hemorragias, al paso de la sonda.

3º Cuando hay infección vesical confirmada.

Tomando como punto de partida las condiciones para la aplicación de la cistostomía que hemos expuesto al principio, y relacionándolas con los casos operados en el Hospital General, citados en nuestras observaciones, encontramos que el primero (observación núm. 3), es un enfermo atacado de retención completa, crónica y séptica en el cual la punción hipogástrica, no había dado ningún resultado, y el cateterismo era muy difícil de practicar. Los contínuos estancamientos de orina de que fué víctima, habían dado origen á la fermentación de aquella en el interior del reservorio vesical. La hipertrofia del lóbulo medio obstruía completamente el paso de la orina por el canal uretral, de tal manera que éste, impropio para la micción y refractario al cateterismo, debía ser reemplazado por una vía de derivación permanente que evitara complicaciones ulteriores.

El enfermo de nuestra observación número 4, es un prostático trilobar, retencionista aséptico y sus crisis se han presentado de forma aguda. La orina examinada cuidadosamente presentaba las condiciones normales. En este prostático el cateterismo ofrecía inconvenientes sumamente difíciles de vencer; si dos veces se consiguió pasar el obstáculo fué con una sonda de goma número 14 con grandes sufrimientos y presentándose en el meato al extraer la sonda, un poco de sangre. Es de suponer que si las crisis de retención hubieran continuado, el enfermo degeneraría en retencionista infectado, no sólo por el estancamiento de la orina que ahora se encuentra en buen estado, sino por la dificultad de practicar el caterismo que

por otra parte tendría que verificarse gran número de veces, como también la punción hipogástrica que no se intentó.

La observación número 5 nos da el caso de un prostático trilobar, retencionista séptico, con crisis de forma crónica. El estado de este enfermo es lamentable. Atacado ya hacía un año de accidentes de retención, le dieron el imprudente consejo de sondarse él mismo, lo que verificaba con muchísimo dolor y dificultad. Si se piensa en que no solamente se debe considerar la retención de orina, si que también los profundos desórdenes nutritivos de la mucosa, cuando este estado dura algún tiempo, desórdenes que se extienden á todo el aparato urinario hasta á los tubos más finos del riñón, se comprenderá perfectamente que en tales casos se produce un terreno excelente, en que un solo cateterismo puede determinar una cistitis excesivamente grave, con infección rápida y mortal de todo el aparato urinario. Y esa consideración se puede hacer imaginándose un cateterismo que se crea aséptico; reconózcanse, pues, las consecuencias que tendría nuestro enfermo, ignorante en cuestiones de asepsia, é introduciéndose la sonda él mismo. La elevación de temperatura, determinada por una cistitis purulenta, la orina infectada y de mal olor, las dificultades del cateterismo y la hipertrofia prostática, eran causas eminentemente justas para llevar á cabo acto contínuo, la operación de Poncet.

A propósito, recordamos aquí el caso de un enfermo que ejercía la modesta profesión de farmacéutico en el Guarda Viejo, enviado á la Casa

de Salud por un honorable médico y cirujano de esta capital y del que no pudimos obtener todos los datos. Atacado desde hacía tiempo de accidentes de retención, se sondaba él mismo, y el estado de las vías urinarias á su ingreso á la Casa de Salud llegaba á tal extremo de infección, que la cistostomía llevada á cabo acto contínuo y como último recurso, no produjo los resultados deseables pues ya el enfermo era presa de septicemia urinosa generalizada que le produjo la muerte.

Resumiendo, diremos que los prostáticos son los más directamente beneficiados por dicho proceder, pues son raros aquellos que han escapado á los accidentes de retención gracias á contínuas punciones hipogástricas; los mas los previenen por medio del cateterismo, medio que facilita la producción de fenómenos sépticos; de tal manera que esos peligros é inconvenientes se pueden obviar constituyendo el meato hipogástrico, que si es cierto que ocasiona molestias, también lo es que previene las fatales consecuencias del prostatismo.

En la muger ha sido también aplicada la cistomía al tratamiento de los tumores de la uretra y de la vejiga, de la tuberculosis vesical y de las fístulas uretro y vesico vaginales.

PROCEDERES OPERATORIOS.

Describiremos aquí el proceder tipo para practicar la talla hipogástrica, pasando después revista á diferentes métodos operatorios de algunos cirujanos y aplicables principalmente á la extirpación de tumores vesicales. Después nos ocupare-

mos por separado de la técnica de la operación de Poncet.

Dos inconvenientes principales han tratado de vencer los operadores al practicar la cistotomía suprabiana: la herida del peritoneo y la infiltración de orina. Respecto al primero, ya Milliot en 1875, daba la idea que la distensión del recto hacía ascender la vejiga y facilitaba la talla hipogástrica, idea que más tarde fué aplicada prácticamente por Petersen con la ayuda de un balón en forma de pera, que actualmente lleva su nombre. No sólo se consigue con este aparato la aplicación de la vejiga distendida á la pared abdominal anterior, sino también la ascención del fondo de saco peritoneal, y el punto de apoyo sólido que se da á aquel órgano. El segundo inconveniente se obvia por medio del doble tubo Perier-Guyon, que ha reemplazado con ventaja á la sonda permanente que no bastaba para desviar las orinas de la herida abdominal.

La operación se practica de la manera siguiente, una vez que se haya administrado el anestésico que por lo general es el cloroformo: colocado el enfermo en la posición decúbito supino ó mejor en la de Trendelenburg, como lo hacen muchos cirujanos, se hace que la pelvis quede fuertemente levantada, y las piernas se cubren con algodón y bendas de flanela. El hipogastrio rasurado y antiseptizado se vuelve á lavar ya para principiar la operación, con soluciones antisépticas. La vejiga se ha lavado también abundantemente con la ayuda de la jeringa de Guyon. Un ayudante introduce después en el recto el balón de Petersen

doblado y untado de vaselina, que una vez adentro recibirá de 300 á 500 gramos de agua boricada, para lo cual el cirujano apreciará convenientemente el grado de tensión hipogástrica. La vejiga llena también del mismo líquido por medio de la jeringa y de una sonda, se deja adentro ésta, envolviendo al rededor del glande un tubo de caontchouc, sostenido por sus extremos con una pinza hemostática corriente con el fin de no dejar salir la inyección intravesical.

Según Forgue, el balón en el niño es supérfluo; basta el dedo de un ayudante introducido en el recto.

Empezando sobre el borde superior de la sínfisis pubiana, se hace con el bisturí una incisión vertical sobre la línea media, que mida de 10 á 12 centímetros de longitud. Incindida la piel y el tejido celular subcutáneo aparece la línea blanca que se secciona sobre la sonda acanalada. Es raro caer en el intersticio intermuscular, y si esto sucede se atraviesan decididamente los piramidales y los rectos. Bajo la débil capa de la facia transversal aparece la masa grasosa amarillenta constituida por el tejido adiposo prevesical. A continuación se incinde lo más cerca posible del pubis aquella fascia, y luego el índice izquierdo encorvado y reconociendo la tensión del globo vesical, separa hacia el ángulo superior de la herida el tejido célulo-grasoso lo mismo que la serosa peritoneal. Aparece la vejiga en el fondo de la herida dice Guyon, como una cabeza de feto en la vulva surcada de gruesas venas de trayecto sobre todo longitudinal. Se procede á verificar la incisión de

la vejiga, guiándose del índice izquierdo que deberá tirar hacia arriba, sobre una extensión de 4 á 5 centímetros, sin aproximarse demasiado al pubis, con el objeto de huir de los plexos pericervicales y agrandándose la incisión con las tijeras si hay necesidad. No deberá quitarse el dedo indicador, hasta no haber pasado los hilos suspensores ideados por Guyon, que consisten en dos asas de seda que se colocan una en cada labio de la herida vesical, con lo que se consigue mantenerla abierta, al mismo tiempo que se levanta el fondo y el cuello de la vejiga. Se acabará de descubrir la cavidad de ésta con una válvula de Bazy, colocada en el ángulo superior de la incisión. Generalmente hay poca sangre y como en seguida se extrae el balón de Petersen, la congestión en el órgano tiende á desaparecer. Una vez hecho esto se lava abundantemente la cavidad con agua boricada y se procede á explorar con el dedo el fondo, la región sub-pubiana, el hueco retro-prostático, continuando los lavados después de la exploración. Extraidos los cálculos si los hay, queda á elección del cirujano establecer un cistodrenaje, ó suturar acto contínuo la vejiga, proceder que se lleva á cabo generalmente, en vista de que la consolidación de la sutura se verifica fácilmente procediendo en todo con escrupulosa antisepsia. Esta sutura puede ser impedida por una hemorragia, por la presencia de coágulos que determinan esfuerzos de expulsión violentos, poniendo así obstáculos á la cicatrización inmediata, por el estado séptico de la vejiga y de la orina.

El cistodrenaje se efectua con el tubo sifón

de Perier modificado por Guyon, que impide de manera perfecta que la orina se ponga en contacto con la herida.

La sutura total comprenderá dos planos de catgut. El primer sorgete reunirá los bordes de la incisión vesical, pero interesando únicamente la musculosa sin perforar la mucosa. Un segundo sorgete adosará con una serie de puntos á la Lembert, las paredes vesicales. El plano músculo-aponeurótico se sutura también con catgut ó seda aséptica, quedando después solamente la piel que se reune con puntos de crin ó hilo de plata. No es indispensable colocar un drenaje abajo de la incisión estando todo aséptico; únicamentc por precaución se puede hacer. Luego se coloca una sonda permanente en la uretra con el fin de dar fácil salida á la orina y practicar lavados; algunas veces se elige la de Pezzer, en cuyo caso será necesario colocarla cuando la herida vesical está abierta aún. La sonda permanente puede ser reemplazada por el cateterismo cada tres horas. En el niño y en el adulto joven, Forgue suprime dicha sonda y el cateterismo, dejando al enfermo que orine expontáneamente cada tres horas. También Tuffier y Lauwer proceden de la misma manera.

Este proceder tipo, ideado por Guyon, es extensivo á la extirpación de tumores vesicales, sólo que en estos casos la operación siempre se termina por el cistodrenaje.

Los otros procederes para descubrir é incindir la vejiga, difieren del precedente ya en la manera de llegar hasta ella ó en el tratamiento consecutivo de la herida. Describiremos los principales de ellos.

Proceder de Trendelenburg.— Colocado el enfermo en la posición imaginada por este cirujano en 1877, es decir, en un plano inclinado, estando la cabeza hacia abajo y la pelvis levantada, necesariamente todos los órganos abdominales se dirigen hacia el diafragma y la vejiga también tiende á descender en la cavidad abdominal. De esa manera desborda el nivel del pubis y, aún estando vacía, existe arriba de aquel, una zona de la pared abdominal interna que no está recubierta por el peritoneo. Independientemente de esa ventaja, la posición de Trendelenburg presenta también la de permitir la fácil inspección de la vejiga abierta. Guyon la adopta para la talla hipogástrica. Respecto al temor de que esta situación declive sea perjudicial al enfermo y peligrosa para la cloroformización, no es de ninguna manera justificable, pues, al contrario, es útil cuando se opera en enfermos muy anemiados por la hematuria, y tomando en consideración también los efectos fisiológicos del cloroformo.

La incisión de la pared abdominal y de la vejiga, según este método, es transversal y hecha inmediatamente arriba del pubis, siendo su longitud de 6 á 8 centímetros cuando se trata de un tumor de aquel órgano. Trendelenburg aconseja encorvar hacia arriba las extremidades de la incisión, cuando se juzga necesario agrandarla, con el fin de evitar los canales inguinales. Después de la sección de las capas subcutáneas, se sigue con la de los músculos rectos del abdomen, que se verifica muy cerca de la sínfisis y poniendo tensa su inserción con los dedos de la mano izquier-

da, se cortan por presión sin ejecutar con el bisturí movimientos de vaivén, precaución útil para evitar el peritoneo en caso que la vejiga esté vacía ó cuando existen adherencias que inmovilizan el fondo de saco prevesical de la serosa. En seguida se descubre la grasa sub-peritoneal que se hace arriba con los dedos, procediendo luego á incindir la vejiga al través, un poco por arriba del borde del pubis. Luego los bordes de la herida vesical se suturan á los de la herida cutánea, lo que permite mantener el reservorio vesical anchamente abierto. Cuando el tumor ha sido extirpado y la hemostasia asegurada, se coloca en el interior de la vejiga la rama pequeña de un drenaje en T, saliendo por la herida abdominal la rama larga. Se procede luego á la rutura parcial de la vejiga, después de haber quitado los hilos de sutura temporal que reunían la vejiga á la piel. Luego se suturan con seda los músculos rectos á los tejidos fibrosos que cubren el pubis, cerrando parcialmente la herida cutánea para proceder á colocar la curación necesaria, después de haber lavado la vejiga con una solución de sublimado al 1 por 3000.

Proceder de Helferich.—Este cirujano fundado en que la vejiga es más accesible yendo á través de la sínfisis pubiana, ha tenido la idea de practicar la resección parcial de los pubis para facilitar la extirpación de tumores, sin comprometer en nada la solidez pelviana. Helferich describe su proceder del modo siguiente: incisión transversal arriba de la sínfisis, evitando herir el cordón espermático. Sobre las partes laterales de ésta se desprende el periostio y se practica en

el hueso por fuera de las espinas pubianas, una doble sección vertical sirviéndose de la gubia y del martillo; durante este tiempo operatorio se tiene cuidado de no penetrar en el agujero obturador, y á este efecto se hace el corte un poco oblícuamente de arriba á bajo y de fuera á dentro. En seguida se reunen las dos secciones óseas verticales por una horizontal, cortando la sínfisis de adelante á atras, hasta que el segmento óseo interceptado por las dos secciones verticales pueda ser levantado. Con un separador se apartan las partes blandas inferiores, mientras que las superiores son simplemente levantadas con el dedo. La vejiga entonces se presenta al operador.

Helferich hizo extensivo su proceder á la talla por tumor de la vejiga, despues de haber operado un caso de osteitis tuberculosa del pubis, en el cual observó, después de la curación que la pelvis quedaba perfectamente sólida. Dicho proceder ha sido modificado por Koch, Nichans y Braman; pero en la actualidad lo practican, ciñéndose á la técnica de Helferich, Küster, Israel, Dittel y Heydenreich.

Proceder de Lagenbuch. — Este cirujano llama á su proceder *sectio alta subpubica* y consiste en practicar una incisión en λ invertida, cuya rama vertical sube hasta la mitad de la sínfisis pubiana. Se corta el ligamento suspensorio del pene, y se separa por pequeñas secciones el ligamento transversal subpubiano. Los ligamentos de los cuerpos cavernosos al ligamento transversal pelviano, se desgarran, sin desprenderlos de su inserción ósea. Hay que tener cuidado duran-

te estos tiempos, de no introducir demasiado la punta del escalpelo, para no herir el plexo de Santorini. Separando los tejidos despues, y con pinzas especiales dilantando la abertura así formada, se obtiene un espacio de 4 ó 5 centímetros de diámetro vertical, teniendo cuidado al mismo tiempo de separar aquel plexo. Se hará la incisión vesical un poco arriba del cuello, y para no equivocarse, Lagenbuch, aconseja introducir una sonda por la uretra, á fin de saber exactamente dónde se encuentra el orificio del cuello.

Albarran piensa que este proceder, carece de utilidad práctica.

Proceder de Koch.—La incisición de los tegumentos es crucial, siendo una rama paralela á la sínfisis, mientras que la otra pasando poco más ó menos por su medio, le es perpendicular. Una vez que se ha llegado al hueso, se comienza por desprender el ligamento de Falopio de la sínfisis, así como las partes blandas de las ramas descen dentes del pubis, hasta el agujero obturador. En este proceder también hay resección de un segmento óseo de 4 ó 5 centímetros de ancho. No se procede á la incisión vesical sino hasta que la herida hecha, esté cubierta de granulaciones y en buena vía de curación.

Proceder de Tuffier.—La incisión es la misma que para la cistotomía clásica; pero en vez de detenerse en el borde superior de la sínfisis, se prolonga delante de ella, hasta el dorso del pene. En este trayecto ante-óseo, la incisión es hecha á fondo, hasta el hueso. Las maniobras se hacen en lo alto de la incisión como en la cistotomía

ordinaria. Media vez descubierta la articulación y protegida por detrás, se procede á verificar la sinfiseotomía, comenzando por el extremo superior de aquella. La abertura de la vejiga y la extracción del tumor se practican como de ordinario.

TECNICA DE LA OPERACION DE PONCET Y MAC-GUIRE.

Es de las más sencillas. Comenzaremos por la preparación del enfermo. La anestesia por el cloroformo ó el éter es generalmente de rigor, no obstante que hay cirujanos que han practicado la operación sin ella; pero por causa de la premura de la intervención. La asepsia y antisepsia del campo operatorio, deben ser minuciosamente realizadas. Muchos cirujanos suprimen el balón de Petersen, y entre ellos Poncet, que siempre emplea la posición de Trendelenburg papara sus operados. En cuanto á la distensión vesical, muchas veces no hay necesidad de llevarla á cabo, atendiendo á que la generalidad de los enfermos son prostáticos, y la vejiga en ellos, á consecuencia del estancamiento urinoso, se presenta distendida por sí. Si el cateterismo es practicable, es siempre bueno introducir en la vejiga una sonda metálica ó un Beniqué, que sirven de mira al operador, facilitándole reconocer la vejiga. Los tiempos que siguen son exactamente los mismos que en la cistotomía hipogástrica corriente; la diferencia existe al verificar la sutura, una vez afrontadas perfectamente la mucosa vesical y la piel, que es como se termina la operación. Dicha

sutura muco-cutánea, se verifica introduciendo el dedo entre los labios de la incisión vesical con el objeto de guiar la aguja que Poncet hace penetrar de fuera adentro, de la piel á la vejiga, para evitar las desgarraduras que producen accidentes de frecuencia en el curso de la cistostomía, debido á que la pared del órgano, alterada. adelgazada y friable. se corta y se disgrega, bajo el menor esfuerzo de tracción. Poncet, emplea el hilo de plata; el catgut, se reabsorbe muy pronto; la seda, corta, se hincha, se infiltra de orina y es susceptible de crear pequeños focos de infección. En nuestros enfermos, esta sutura llevada á cabo con seda aséptica no se presentó ningún accidente, sólo en el de la observación V, en la cual la vejiga estaba sumamente infectada. Generalmente son seis puntos los que se ponen: dos de cada lado, uno arriba y otro abajo de la incisión; esto es muy variable. Gracias á esta sutura la orina es expulsada sin esfuerzos, sin infiltración posible, "á la manera nos dice Poncet, del agua que se derrama de una fuente en la superficie del suelo."

Wassilief ha imaginado un método que llama *cistostomía ideal*, persiguiendo el objeto de crear dos esfínteres, uno estriado formado por los músculos rectos del abdómen, y otro liso constituido por la capa musculosa de la vejiga. Esta manera de operar es factible anatómicamente por la débil adherencia que presenta la mucosa á las otras túnicas que constituyen la pared vesical siendo bastante resistente para soportar la tracción necesaria para extraerla á través del ojal

muscular. De tal manera que, según este proceder, se deja libre la capa musculosa de la vejiga, la mucosa es la única que se sutura á la piel, no comprendiendo tampoco el espesor de los músculos rectos.

Por último, Jaboulay, ha practicado la que él llama *cistostomía en los rectos*, que consiste en hacer la incisión francamente lateral, un poco arriba. Se pasa entre los haces de uno de los rectos para ir en busca de la vejiga, que encontrada, se incinde y se suturan los labios de la herida vesical con los de la herida cutánea. Se obtiene así, primeramente un canal más largo, en segundo lugar un canal más elástico y más tenso; pero es preciso notar que en el estado de reposo, la tensión constituida por los rectos se suprime; ella no se verifica más que durante la contracción, que no puede ser permanente.

El proceder de Jaboulay, muy interesante, es un poco difícil y no se usa actualmente.

Por último, diremos que Poncet practicaba la incisión de la vejiga muy arriba, cerca del vértice, pero Hunter Mac-Guire aconsejó, y ahora es la práctica corriente, verificarla muy abajo, cerca del cuello; de esa manera la uretra contra natura es más larga, más oblicua y mejor dispuesta para retener la orina.

CUIDADOS CONSECUTIVOS A LA OPERACION.

Los cuidados después de la talla ó después de la operación de Poncet, no presentan varieda-

des especiales. Todo se reduce á colocar al enfermo sobre el dorso en un lecho calentado y provisto de un colchón que permita la limpieza más escrupulosa. Entre los muslos se instala un orinal con un poco de sublimado al 1 por 1000, en donde se introducen las extremidades de los tubos sifones, si se ha establecido el cistodrenaje, lo que algunas veces no se verifica. Lejars aconseja no ponerlos; solamente habrá que cubrir la abertura con una curación antiséptica, que es preciso renovar cuantas veces se encuentre humedecida. Algunas veces se coloca una sonda permanente en la uretra para facilitar los lavados.

Limpieza absoluta, grandes lavados de agua boricada varias veces al día y un poco de vaselina boricada en los bordes de la herida, completan los cuidados que deberán ser instituidos. Al 9º ó 10º día, según lo juzgue el cirujano se quitarán los hilos de sutura dejando cicatrizar la herida en caso de talla, si ya se ha conseguido el objeto por el cual fué hecha, ó quedando entonces establecida la uretra hipogástrica, si se trata de la operación de Poncet. Más tarde que haya adquirido su constitución definitiva y sus aptitudes fisiológicas, será objeto por parte del enfermo de grandes cuidados de limpieza, del mismo modo que el régimen higiénico instituido á los prostáticos, no debe pasar por estos desapercibido.

RESULTADOS POST-OPERATORIOS

Demasiado conocidos son ya los resultados felices que da la talla y el cistodrenaje hipogás-

tricos en la gran mayoría de los casos; así es que no nos ocuparemos más que de los realizados después de la operación de Poncet-Mac-Guire.

Fijémonos ante todo en el éxito obtenido en nuestros tres prostáticos cistostomizados, durante el tiempo que hemos podido verlos. El primero (observación número 3), á los quince días de operado presenta incontinencia permanente que se impide con una sonda de Nélaton colocada en el meato hipogástrico, y comprimida por una pinza. Puede retener sus orinas por espacio de tres horas, al cabo de las cuales, la nececidad de orinar le hace quitar la pinza. A mediados de julio puede retener perfectamente sus orinas durante seis horas, sin experimentar la menor molestia, y sin que salga nada de aquellas por el meato; experimenta al cabo de ellas muchos deseos de orinar, y al satisfacerlos se ve que también por la uretra sale una débil cantidad de una orina normal. En agosto era débilmente impulsada, al cabo de seis ó siete horas, y su meato hipogástrico no le ocasiona grandes incomodidades.

En nuestro segundo prostático (observación número 4) se presentan á su salida del Hospital (26 de agosto), condiciones idénticas que las del anterior. solamente que puede retener sus orinas por espacio de cinco horas, en la posición vertical. El otro operado (observación número 5), retencionista infectado, orina solamente por la abertura hipogástrica, y al mes de operado es incontinente perfecto. Cuando pidió su alta (24 de agosto) podía retener su orina durante cuatro horas en la posición vertical, y seis en la horizon-

tal. La orina examinada, no presentaba anomalía de ninguna especie.

En resumen diremos, que los tres operados pueden retener sus orinas sin grandes incomodidades, durante algunas horas. ¿Qué debemos pensar de esto? Que esa continencia puede aparecer más tarde con períodos más prolongados; que la uretra á concecuencia del estado de la próstata, descongestionada y reducida, recobre sus funciones, en cuyo caso el meato hipogástrico habrá concluido su papel; mas aun que, como lo dicen Forgue y Reclus, los cistostomizados por accidentes de retención é infección, pueden reconquistar una vez curados de ellos, la micción por la uretra. Ya en dos de los enfermos se presenta algo de orina por ésta; es una esperanza que pudiera ser que confirmáramos al verlos de nuevo, después de algunos meses. Si al caso eso no se obtiene, por lo menos están garantizados contra los accidentes de retención temibles y peligrosos por sus concecuencias. No hay duda que como nos dice el profesor Poncet, los resultados definitivos son tardíos, pero esa tardanza, no constituye por sí sola una amenaza, si el prostático está sujeto á una buena higiene y á continuos cuidados de limpieza.

Para comprender mejor la benéfica influencia de la cistostomía, transcribamos aquí la comunicación dirigida por Poncet á la Sociedad de Cirujía de París, respecto los resultados de su operación: "He practicado la cistostomía suprapubiana en 63 prostáticos, y la mayor parte de estas operaciones son bastante antiguas para que

sea interesante señalar los resultados lejanos que se han obtenido. Estos enfermos deben ser colocados en dos grupos diferentes, según que se trate de prostáticos asépticos, atacados solamente de accidentes de retención, ó al contrario, de prostáticos infectados á un grado más ó menos intenso.

Son naturalmente los enfermos de la primer categoría en donde he obtenido los mejores resultados y, sobre 21 operaciones he conseguido 21 curaciones. En todos los individuos que coloco en este grupo, la cistostomía estaba indicada, sino por la imposibilidad real del cateterismo, por lo menos debido á las dificultades del mismo, y á los accidentes que provocaba. Considero, en efecto, que muy á menudo el empleo de la sonda permanente ofrece graves inconvenientes y veo en las punciones repetidas, un peligro más grande que en la cistostomía. Agregaré que 11 de estos enfermos están vivos, después de seis meses á cuatro años y medio que fueron operados.

Los enfermos de la segunda categoría, es decir, los prostáticos infectados son 42, y entre ellos preciso es distinguir los casos de septicemia sobre aguda, los de septicemia aguda y en fin, los casos de septicemia crónica. Para los primeros, la muerte se ha producido generalmente en los dos ó tres días que han seguido á la operación. De 12 enfermos atacados de septicemia aguda, 4 han muerto en la primera semana y los otros han vivido de seis meses y medio á dos años y medio. En fin, de 24 enfermos que presentaban accidentes de septicemia crónica, 7 han muerto en los ocho primeros días, 10 han vivido menos de un año y los otros 7

gozan actualmente de buena salud, al cabo de año y medio, dos y tres años después de la operación.

Desde el punto de vista funcional, 12 veces la micción ha sido restablecida por las vias naturales, y la cistostomía por consecuencia, no ha sido más que temporal. En cuanto á los enfermos que han continuado orinando por su meato hipogástrico, se puede dividirlos en tres grupos, según que haya continencia completa, continencia parcial ó incontinencia absoluta.

Ahora, de 22 enfermos cuya operación remontaba á seis meses por lo menos, he notado que 7 orinaban á voluntad, es decir, presentando una continencia perfecta; 3, no teniendo sino una continencia parcial, en la posición horizontal, por ejemplo, y en fin, 12 incontinentes de manera absoluta. Debo decir, además, que ciertos enfermos, los tuberculosos en especial, tienen tendencia á quedar incontinentes y me he visto obligado algunas veces, delante de nuevos accidentes de retención á dar más amplitud al orificio hipogástrico, que se ha vuelto demasiado estrecho."

En cuanto que la uretra contra-natura llene á satisfacción su funcionamiento fisiológico, es á lo que más se han referido los diferentes operadores. A medida que la vejiga se retrae y disminuye de capacidad, el meato hipogástrico se vuelve más y más incontinente en gran número de casos. En otros, los enfermos retienen sus orinas durante ocho ó diez horas, y cuando las expelen, el chorro es proyectado con algo de fuerza, lo que prueba que la vejiga recobra poco á poco su contractibilidad. Esto lo hemos podido comprobar en dos

de nuestros enfermos, aunque variando el período de continencia.

Por otra parte, la anatomía patológica, al decir de Wassilief, demuestra que puede formarse un canal artificial de 3 centímetros de longitud por uno de ancho, entre la pared abdominal y la vejiga, quedando independiente de ella. Esto lo comprueba con la descripción de una pieza que previene, segun dice, del servicio del profesor Tillaux, y que reproducimos á continuación:

"La vejiga, de forma cilindro-cónica, de paredes espesas, estaba unida al orificio cutáneo por un cordón de 1 cent. de diámetro y dos y medio de largo. Este cordón se extendía desde el centro de la pared anterior de la vejiga, hasta un orificio situado exactamente en la línea media é inmediatamente por encima del pubis. Estaba dirigido un poco oblicuamente de abajo arriba y de atrás adelante, presentaba una forma aplanada trasversalmente, y pasaba por el intersticio de los músculos rectos del abdomen.

El tegido celular pre-vesical y el que rodeaba el canal estaban completamente sanos y no presentaban ni la menor señal de infiltración de orina ó de foco séptico cualquiera, ni de hemorragia. Pero se podía comprobar un carácter singular, que es el siguiente: el canal, extendido de la vejiga á la piel, presentaba una pared delgada, exclusivamente formada por la mucosa vesical, y una túnica externa de tegido conjuntivo, y en la cual no se encontraba la túnica musculosa del órgano.

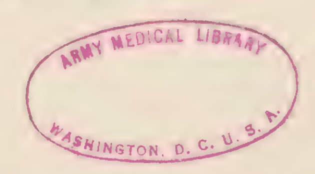
Parecía que la mucosa vesical hubiese sido atraída á través de un ojal hecho en la túnica

muscular y, sin embargo, los hilos habían atravesado todo el espesor de la pared. Estos hilos habían, pues cortado la musculosa al cabo de algunos días, evidentemente después de la reunión de la herida vesical á la cutánea; es imposible esplicarse de otra manera la ausencia del tegido muscular (al menos á la simple vista) en la pared de la nueva uretra....

El Dr. Boutan hace seguir esta descripción, de las siguientes reflexiones:

"Vemos en este caso que la túnica muscular del reservorio no ha tomado parte en la constitución de la nueva uretra, que parece haber sido exclusivamente formada por la mucosa vesical estrangulada en dos puntos. Este nuevo canal, en efecto, parece presentar un esfínter vesical, resultante del ojal hecho en la musculosa, y un esfínter superficial formado por los músculos rectos del abdomen....

Resulta que la nueva uretra poseía, como la antigua, un esfínter liso, formado por las fibras musculares vesicales que rodean el orificio visceral, y un esfínter estriado, formado por los músculos rectos, con una parte intermedia del nuevo canal. De modo que, en este caso particular, la cistostomía habría realizado la creación de una verdadera uretra, reducida á su parte profunda, pero sin próstata. Si el enfermo hubiese sobrevivido, talvez habría podido contener su orina durante largo tiempo, sentir el deseo de orinar y aguantar, gracias á la existencia de dos esfínteres. Sin duda de análoga manera están dispuestas las cosas en el caso de Diday y en todos los demás en que



los enfermos pueden contener su orina durante cuarenta minutos, una hora y más; así se esplica la extraña semejanza de las funciones de la uretra contra natura, con las de su predecesora.''

Se puede ver por esa descripción, que la feliz idea de Wassilief, la cistostomía ideal, está llamada á prestar grandes servicios, cuando el proceder se haya perfeccionado lo bastante.

Como quiera que los prostáticos cistostomizados necesitan por ahora, y principalmente los incontinentes, de un aparato apropiado para ejercer la micción por el meato, se han ideado algunos que pueden ser relacionados á dos modelos principales. Los primeros son obturadores del nuevo canal, y tienen por objeto retener las orinas que se acumularían así en la vejiga, para darles salida después con una sonda cualquiera. Los segundos son orinales destinados á recoger las orinas que se derraman, expontánea é incensantemente en su interior, sin permitir la dilatación del reservorio vesical que se considera como suprimido. Casi se puede decir que los primeros, no se emplean, no así los segundos que si no son perfectos, por lo menos llenan bien su cometido, especialmente los de Loumean, Collin y Sonel.

En los cistostomizados que presentamos, en defecto de otros, se ha hecho uso de cánulas de plata encorvadas, de menos de un centímetro de diámetro, y de 3 y medio centímetros de longitud, que concluyen en su parte exterior por un pabellón provisto de dos argollas en donde se prenden dos cintas que se amarran á la cintura del enfermo y evitan la salida de la cánula del meato. Su orifi-

cio exterior va provisto de un tapón de caoutchouc, susceptible de quitarse cuando el enfermo lo desee. Por lo menos, estos tubos, fáciles de limpiar, servirán para impedir la atresía del meato, mientras nuestros prostáticos, puedan conseguir aparatos más perfectos. La situación de dichos enfermos con estas cánulas, aunque imperfectas, es seguramente preferible á la que tenían antes de la intervención.

Hemos querido dejar por último el caso que nos presenta nuestra observación Nº 6, aunque no es de prostatismo, por ser el único en el cual no pudimos apreciar lo bastante, los resultados de la cistostomía.

Al decidirse á verificar la operación, hubo que deplorar el estado lamentable en que se encontraba el enfermo. A consecuencia de la derivación hipogástrica, y de los continuos cuidados de limpieza de que fué objeto éste, se había podido observar una mejoría notable en las manifestaciones de su complicada dolencia. La orina se recogía mucho más limpia que al principio, y el tejido perineal duro antes, más blando ahora, ya no presentaba supuración de ninguna especie, por lo que se decidió practicar la resección de parte de las fístulas; intervención que, á no dudarlo, habría sido coronado de resultados felices, si el estado de los riñones y del enfermo en general, consecutivo á lesiones tan antiguas, no hubieran determinado el acceso urémico fulminante que puso fin á la vida del paciente. Hubiéramos deseado precisar aquellas alteraciones, después de la autopsia, pero la oposición por parte de la familia del enfermo, á que aquella se practicara, nos hizo desistir de ello.

OBSERVACIONES.

I.

(Clínica del Dr. Ortega.)

Cálculo vesical, en un niño de 4 años. — Talla hipogástrica.— Curación.

El niño C. M., de San Agustín Acasaguastlán, fué traído por su madre al Hospital General el día 31 de marzo del corriente año.

La madre refiere: que poco tiempo después de haber cumplido un año, se le declaró una diarrea que le duró seis meses, notando que *se le salía el orificio;* se le suspendió por algún tiempo esa diarrea y comenzó á quejarse de dolores agudos en el bajo vientre, acompañados de un prurito intenso en el miembro; cuando estos dolores aparecían, el niño sentía necesidad imperiosa de orinar, y hacía tales esfuerzos que el recto se prolababa; los dolores disminuían cuando el niño lograba orinar un poco. En cada micción el niño se frotaba el miembro, y lo alargaba á tal punto que llegó á adquirir seis centímetros de longitud.

Los dolores eran menos frecuentes cuando el niño guardaba la posición horizontal.

En dos ocasiones orinó sangre.

No hay antecedentes hereditarios.

Estado actual: El niño está sumamente demacrado, casi caquéctico, pues apenas se alimenta, los sufrimientos no lo dejan descansar ni de día ni de noche. La orina que se extrajo por medio de una sonda es turbia, de reacción alcalina, exhala un olor amoniacal y deja un depósito en el vaso, de muco-pus. Con el pequeño explorador Guyon se descubre la presencia de un cálculo en el interior de la vejiga. Por el tacto rectal se confirma el diagnóstico.

Dada la gravedad del caso se le operó de urgencia el día 2 de abril, habiendo hecho los días anteriores la antisepsia de las partes en que se iba á operar. Se anestesió al enfermito y se practicó la talla hipogástrica, pues el cálculo era

tan duro que no pudo ceder á la presión del litotritor. La extracción del cálculo fué bastante difícil, pues la vejiga estaba sumamente retraída y no permitía la introducción de líquido en su interior; después de múltiples esfuerzos se logró introducir 15 centímetros cúbicos de líquido. La vejiga tenía una coloración morado-negruzca debido á la suma congestión. Se colocó un hilo fijador en su vértice y se procedió á abrir la pared anterior de la vejiga, se extrajo el cálculo y se lavó la vejiga con una solución boratada. Se colocó una sonda en la herida vesical, no se suturó la vejiga por estar muy friable. Se pusieron dos puntos de sutura en la piel y un apósito antiséptico.

En el momento de colocar al niño en la cama, fué acometido de un síncope clorofórmico que se logró combatir con inyecciones de éter, fricciones enérgicas en las extremidades inferiores y la respiración artificial. Durante el día no volvió á presentarse ningún fenómeno alarmante.

Se le inyectaron durante el día 150 gramos de suero artificial cafeinizado.

Día 3.—Temp. mañana 38° 6, tarde 38° 4. Orina evacuada desde la operación hasta las 5 a. m. de este día 523 centímetros cúbicos con un peso de 572 gramos, color sanguinolento; alimentos: leche.

Día 4.—Temp, mañana, 37° 5 tarde, 37° 1. Orina evacuada hasta las 7 a. m. 438 centímetros cúbicos, pesando 470 gramos, color amarillo turbio; alimentos: 940 centímetros cúbicos de leche, 80 centímetros cúbicos de agua y 40 gramos pan tostado.

Día 5.—Temp. mañana, 37° tarde, 37° 1. Orina evacuada hasta las 7 a. m. 306 centímetros cúbicos, peso 315 gramos, color amarillo turbio; alimentos: 910 centímetros cúbicos, leche, 70 centímetros cúbicos agua, 60 gramos pan tostado.

Día 6.—Temp. mañana 36° 9 tarde 37° Orina evacuada hasta las 7 a. m. 261 centímetros cúbicos, color turbio, alimentos: 870 centímetros cúbicos leche, 80 centímetros cúbicos agua, 80 gramos galletas.

Día 7.—Temp. mañana, 37° tarde 37° 6. Orina evacuada hasta las 7 a. m. 269.8 centímetros cúbicos, turbia,

alimentos: 880 centímetros cúbicos leche, 50 centimetros cúbicos agua, 150 gramos pan tostado.

Día 8.—Temperatura normal, orina evacuada, 227 centímetros cúbicos, turbia, alimentos: 850 centímetros cúbicos leche, 65 centímetros cúbicos agua, 200 gramos pan tostado.

Día 9.—Temperatura normal, orina evacuada, 430 centímetros cúbicos, turbia, alimentos: leche, 900 centímetros cúbicos, agua 100 centímetros cúbicos, pan 250 gramos.

Día 10.—Temperatura normal, orina evacuada, cantidad normal, turbia, se puso á media ración, se retiró la sonda de la herida hipogástrica previo lavado de la vejiga con una solución boratada, apósito antiséptico.

Día 11.—Temperatura normal, orina, cantidad normal, ligeramente turbia. Filtró un poco de orina por la herida.

Día 12.—Normal, orina filtrada por la herida muy poca.

Día 13.—Normal.

Día 14.—Normal. Herida cicatrizada.

Día 15.—Normal.

En los demás días no hubo novedad, el enfermito se levantó el día 18 de abril, no se quejaba de dolor alguno, á su aspecto triste y demacrado le había sustituido una amable fisonomía y el estado convalesciente.

Pidió su alta el día 3 de mayo del año en curso, estando completamente curado.

Examen del cálculo: El cálculo vesical tenía una forma ovoidea de 3.5 centímetros de longitud por 2.5 centímetros de ancho.

El resultado del análisis es el siguiente:

Peso total.......... 19 gramos 210 milígramos.
Peso del nucleo... 2 gramos 820 milígramos.

Análisis de la parte externa..	Humedad...............	26.	por 100
	Acido úrico...............	11.8	por 100
	Urato de Amoniaco.......	1.5	por 100
	Fosfato de amoniaco y magnesia...............	8.7	por 100
	Oxalato de amoniaco......	46.0	por 100
	Silice y diversos...........	6.	por 100
Análisis de la parte interna..	Humedad...............	0.9	por 100
	Acido úrico...............	25.1	por 100
	Urato de amoniaco.......	19 8	por 100
	Fosfato de amoniaco y magnesia...............	7.8	por 100
	Oxalato de amoniaco......	43.0	por 100
	Silice y diversos...........	3.4	por 100

La orina evacuada durante los días 2 y 3 no se examinó por estar sanguinolenta, el análisis practicado en la orina evacuado el día 4 es el siguiente:

Reacción .... Alcalina.
Urea .... 12 gramos, 2 deci. por litro.
Albúmina .... 1 gramo, 2 dec. por litro.
Sedimento .... Urato de amoniaco y pequeñas preporciones de fosfato amoniaco-magnesiano.

Como deducción tenemos: el éxito de la talla hipogástrica cuando el litotritor no puede vencer la dureza del cálculo; lo raro de este caso por la complexidad de materias de que estaba formado el cálculo, y lo conveniente que es tener una bolsa de oxígeno cuando se cloroformiza á los niños.

FRANCISCO ASTURIAS.

II.

(CLINICA DEL DR. ORTEGA)

Ruptura de la vejiga y de la uretra: fractura del pubis. — Cateterismo retrógrado. — Sutura de la vejiga. — Curación.

OPERACIÓN PRACTICADA POR LOS DOCTORES DON JUAN J. ORTEGA, JEFE DEL SEGUNDO SERVICIO DE CIRUGÍA, Y DON LUIS TOLEDO HERRARTE, JEFE DE CLÍNICA.

X. X., originario de Norte América, de treinta años de edad y de buena constitución, ingresó al Segundo Servicio de Cirujía del Hospital General, el 16 de junio de 1896.

Dos horas antes de ser conducido al Establecimiento había sufrido una fuerte contusión sobre el abdómen. Refiere que en el momento de poner un "brake," en los carros del Ferrocarril del Sur, del cual era empleado, fué cogido entre la plataforma de uno de ellos y la de la estación de la Aduana. El tren caminaba con lentitud y le hizo girar sobre sus talones siempre aprisionado entre las dos superficies vulne-

rantes. La compresión se ejerció, primero siguiendo una dirección oblícua del flanco y hueso iliaco izquierdos hacia la región lumbar derecha, y en el movimiento de torsión que sufrió pasó á ejercerse directamente sobre el hipogastrio. Desde ese instante el paciente quedó privado de todo movimiento de los miembros inferiores y experimentó un agudo dolor en la región del perineo.

El practicante de guardia que recibió al contuso no notó al examinarlo ninguna particularidad de la región afectada, apercibiéndose solamente de la impotencia funcional de que hemos hablado y de un gran derrame de sangre que salía continuamente por la uretra (Uretrorragia). La micción no había podido verificarse. Se trató de pasar una sonda hasta la vejiga pero no fué posible, porque al llegar el instrumento á la región bulbar, se desvió hacia abajo, apartándose de la dirección que normalmente sigue el canal.

Al siguiente día fué examinado el enfermo por el Jefe del Servicio, encontrándose entonces una equimosis pronunciada que dibujaba perfectamente la aponeurosis perineal superficial y que se extendía al escroto, á la raíz de los muslos, al hipogastrio y á los flancos.

A la percusión del hipogastrio, se notó matitez extendida, á toda la región y dolor agudísimo en toda la parte contundida, á tal punto agudo, que el enfermo no soportaba el menor contacto.

Las micciones no se verificaban aun y la uretrorrogia persistía. El estado general era muy grave; había postración, pulso pequeño, filiforme y frialdad de las extremidades. (Shok).

Se trató de practicar el *cisto-drenaje* para evitar la infiltración de orina, pero la cánula del trocar se obstruyó inmediatamente por coágulos sanguíneos. En ese momento se puso al enfermo una inyección de morfina para calmar el dolor.

Diagnóstico. — Fundado sobre los síntonas que se han descrito el Jefe del Servicio, diagnosticó: ruptura de la vejiga y de la uretra y dispuso intervenir de urgencia ese mismo día. Por el momento no fué posible darse cuenta de la existencia de la fractura de los huesos de la pelvis, á causa

de los dolores que sufría el enfermo, que no daban lugar á practicar exploración alguna.

Hecha escrupulosamente la *toillette* del campo operatorio y previa cloroformización del paciente, el cirujano incindió los tegumentos por encima del pubis en una extensión de ocho centímetros y en la línea media; al seccionar la piel apareció el tejido celular y las capas musculares subyacentes infiltradas de sangre, á tal punto, que era casi imposible la diferenciación de los tejidos. Al penetrar en la cavidad de Retzius salió por la herida gran cantidad de orina, mezclada con sangre y coágulos sanguíneos en suspensión. Apareció entonces el tejido celular perivesical completamente infiltrado, el periostio del pubis desprendido y fracturado el pubis del lado izquierdo, costando trabajo distinguir las paredes del reservorio; luego que éstas fueron reconocidas, se les aproximó á los labios de la herida por medio de dos hilos de seda pasados con una aguja; sostenidas ya en esta posición se les incindió de idéntica manera á la que se usa para hacer la operación de la talla hipogástrica; esto dió salida á una pequeña cantidad de orina sanguinolenta. Se introdujo enseguida el dedo y se notó la ruptura de la vejiga al nivel del cuello. Se procedió á hacer un lavado con agua boricada tibia de toda la vasta cavidad que había formado el derrame urinoso, y acto continuo, se introdujo una sonda cónica por el orificio posterior del cuello, cuya extremidad vino á sentirse por debajo de la piel del perineo, un poco por delante de la margen del ano. Se seccionaron en ese punto los tegumentos (uretrotomia externa), se introdujo otra sonda por el meato, cuya extremidad vino á salir por el mismo punto que la anterior; se añadieron las dos sondas y tirando de la primera hacia atrás quedó la segunda ocupando completamente todo el trayecto de la uretra. La región perineal se encontraba convertida en una gran cavidad repleta de coágulos sanguíneos, es decir, qne la sangre acumulada en esta región había desprendido la piel é infiltrado los espacios intermusculares. Fué lavada esta cavidad accidental, despojada de los coágulos que contenía, tocada con cloruro de zinc y rellenada de gaza yodoformada. La herida vesical y operatoria fué suturada en dos planos, y la cavidad de

Retzius rellenada también de gaza (á la Mickuliz); la herida abdominal se suturó solamente en sus dos tercios superiores y el todo fué cubierto con un apósito antiséptico. Para combatir las consecuencias de gran hemorrágia sufrida por el paciente, durante todo el acto operatorio, se le practicó la autotransfusión, poniéndole además una inyección de 200 gramos de suero. Se le prescribió al anterior, champagne, hielo y agua gaseosa, todo lo cual fué tomado por cucharadas. El enfermo fué colocado en una gotiera de Bonnet (de Lyon).

Diario de observación. — Cuatro horas después de la intervención sobrevino una fuerte hemorragia al operado; pasando la sangre la curación, los colchones de la cama y depositándose en el suelo. Los síntomas que presentaba en esos momentos eran los característicos de las grandes hemorragias, no se sentía el pulso. Se procedió á taponar el recto y á reforzar la herida del perineo, poniéndosele sobre la región bolsas de hielo. Se le inyectaron dos gramos de éter y 300 gramos de suero. Esa noche el enfermo tuvo vómito, pero solamente vomitaba los líquidos que ingería: champagne, agua gaseosa y hielo.

Día 27.—Los síntomas alarmantes de la noche anterior desaparecieron en parte. El pulso pequeño y filiforme era ya perceptible, la temperatura tomada en la axila fué de 36.6. La respiración había vuelto á su ritmo normal. Se levantó el apósito puesto la víspera por encontrarse manchado de sangre y de orina. La herida operatoria tenía muy buen aspecto. Se sacaron las gazas de la cavidad de Retzius poniendo unas nuevas y cubriendo la herida con una cura antiséptica. Las equímosis de la región contundida se dibujaban mejor. Se le inyectaron 300 gramos más de suero. Por la tarde de ese mismo día el pulso se podía contar, tenía 120 pulsaciones por minuto, la respiración continuaba normal, el estado general había mejorado bastante, la temperatura era de 37.4. Desde la víspera el herido presentaba un hipo rebelde que se apaciguaba por momentos al cambiarle la curación mojada por la orina, ésta continuó saliendo por el hipogastrio casi en igual cantidad que por la sonda de la uretra; estaba mezclada con sangre y pus. Los dolores abdo-

minales lo mismo que los del perineo continuaron siendo exasperados por el menor contacto. Los vómitos persistieron, siendo siempre alimenticios.

Día 28.—Se le practican dos curaciones, una por la mañana y otra por la tarde.

Días 29 y 30.—Se le inyectaron en esos días 550 gramos de suero. En las noches se le pone una inyección de morfina de un centígramo para que duerma pues los dolores, aunque ya no tienen la agudez de los primeros días, no le dejan. La orina baña constantemente la curación; el hipo no le abandona.

Julio 1º—Como la orina continúa saliendo mezclada con sangre y pus por la herida hipogástrica, para evitar la infiltración de orina, se cloroformizó al enfermo y se añadió á la sonda de la uretra, sacando la extremidad de ésta por la vejiga, una nueva sonda, quedando establecido un doble desagüe para la orina. Se practicaron lavados diarios por estas sondas con una solución boricada al 4 por ciento, disminuyendo desde entonces la cantidad de pus. Ese mismo día se extrajo de la cavidad de Retzius una esquirla osea, proveniente de la fractura conminuta del pubis, siendo indudablemente esta esquirla la que produjo la herida vesical. Se le inyectaron 200 gramos de suero. Esa tarde no hubo necesidad de cambiar la curación pues se encontraba completamente seca.

Días 2, 3 y 4.—La temperatura se mantiene entre 37.3 y 38.4; el pulso entre cien y ciento veinte pulsaciones por minuto. Se le continúa curando diariamente. Se le inyectaron en esos días 1,200 gramos de suero. Tiene fuertes dolores en la fosa iliaca izquierda de donde irradian en todos sentidos. El pus sigue saliendo mezclado con la orina. El hipo ha mejorado. Desde el primer día el herido permanece en una gotiera de Bonnet, lo que permite curarle más cómodamente, evitándole muchas molestias. Continúa tomando champagne, leche, agua gaseosa y hielo; los vómitos han desaparecido.

Día 5.—Los dolores de los días anteriores continúan. Esa mañana tuvo un fuerte escalofrío, seguido de una alta elevación de temperatura 40°. Al descubrir la herida salió

una gran cantidad de pus proveniente de un absceso formado en la fosa iliaca izquierda. Desde ese momento el herido sintió un gran alivio y en la tarde la temperatura había descendido á la normal. Se le inyectaron 400 gramos de suero. La herida del perineo ha cerrado bastante pero aun sale por ella una pequeña cantidad de orina.

Días 6, 7 y 8.—El seis, siente fuertes dolores punzantes en la ingle izquierda y parte interna y superior del muslo del mismo lado. Era un nuevo absceso que se formaba. La temperatura durante esos días fué normal. Se le inyectaron 300 gramos de suero.

Días 9, 10, 11, 12 y 13.—En la mañana del 13 se dió salida al pus colectado en la raíz del muslo, desde entonces el herido no volvió á tener dolores más que en el momento de curarle, principalmente al comprimirle sobre el pubis y la ingle izquierda.

La cantidad de pus con que sale mezclada la orina disminuye gradualmente. Las sondas se obstruyen muy seguido á consecuencia de las sales calcáreas depositadas en su interior, por lo que hay necesidad de cambiarlas, notándose entonces la facilidad conque la nueva sonda franquea el conducto de la uretra. Este canal se había reconstituido completamente.

Se le suspenden las inyecciones de suero, únicamente por las noches se inyectan dos de morfina, de un centígramo cada una.

14 de julio á 15 de agosto.—Se le practican curaciones diarias. La herida del perineo cerró completamente. Se le retira la sonda hipogástrica, rellenando la cavidad con gaza yodoformada. La sonda de la uretra se le cambió de nuevo. La curación aun se moja con la orina, pero ya es muy poca la que sale por ese punto. Todas las mañanas se le lava la vejiga con agua boricada. La cantidad de pus contenida en la orina es muy poca.

De agosto á septiembre.—Continúa mejorando; unas gotas de orina nada más salen por la fístula hipogástrica. Se le retiró la sonda de la uretra, pasándosele en las mañanas para lavarle la vejiga. La herida hipogástrica cerró completamente después de algunos toques con nitrato de

plata. La orina no contiene la más mínima dantidad de pus, es una orina normal. Desde agosto el operado pudo dar algunos pasos con muletas, á los pocos días anduvo solo, aunque con un poco de dificultad; actualmente camina bien, sin ningún dolor.

Desde el día que se le retiró la sonda de la uretra pudo orinar, verificando el acto de la micción cuatro veces durante el día y dos por la noche. No tiene dolor al final de la micción y el chorro lo proyecta con bastante fuerza.

Octubre 6.—Completamente restablecido X. X. pide su alta y abandona el establecimiento. Se le advirtió que no deje de volver al Servicio para pasarle las sondas y evitar que sobrevenga una estrechez.

REFLEXIONES:

1ª La circunstancia de ser aún mal conocidos los traumatismos vesicales, unida á la complicación temible que en nuestro caso engendró la ruptura simultánea de la uretra, prestan á esta observación verdadero interés clínico.

2ª La ruptura vesical que nos ocupa pertenece á la categoría de las traumáticas, y á la variedad de las ocasionadas por fractura conminuta de la pelvis con penetración de fragmento; esta variedad representa un 38% de los casos observados (Bartels). Por su extensión debe clasificarse entre las rupturas incompletas (Dupuytren), y por su sitio entre las extra-peritoneales, las cuales como es sabido son las más raras (12 p %, Fenwick; 15 p %, Ulmann; 11 p %, Bartels). La desgarradura vesical medía una extensión de 5 á 6 c. m. y estaba situada hacia abajo y adelante, interesando el cuello y la uretra posterior.

3ª Los síntomas presentados por el paciente fueron los señalados por los clásicos en semejantes casos; no obstante el diagnóstico fué singularmente difícil por la imposibilidad de practicar el cateterismo, método único capaz de dar indicaciones precisas y signos patognómonicos (Tuffier).

4ª La coexistencia de fractura pelviana y de lesiones uretrales ennegrecía hasta hacerlo casi fatal el pronóstico en nuestro enfermo; particularmente la primera de las complicaciones anotadas, que según Bartels, es siempre mortal.

5ª Con respecto al tratamiento y á sus inmejorables resultados, varias son las observaciones que nos permitiremos hacer:

a) La utilidad innegable que la pronta intervención tiene en estas circunstancias; es preciso operar rápidamente, nos dice Tuffier, antes que aparezca el menor síntoma de infiamación. Habernos conformado á este precepto fué sin duda uno de los principales factores del éxito alcanzado.

b) El satisfactorio resultado obtenido por el taponamiento á la Mickulicz, de la cavidad de Retzius convertida en un vasto depósito de sangre estancada; merced á esta precaución disminuimos la hemorragia consecutiva y las supuraciones ulteriores.

c) La combinación de la cistotomía supra-pubiana y del ojal perineal, aunque no indicada por los autores, nos fué exigida por las circunstancias, y no tuvimos en manera alguna de que arrepentirnos,

d) Es la segunda vez que el desagüe vesical por el método Perier-Guyon nos permite secar por completo la vejiga, evitando así la infiltración de orina y obteniendo una rápida cicatrización.

e) Las inyecciones de suero artificial (fórmula Hayem), se elevaron á la cantidad de 3259 gramos; consiguiéndose con ellas paliar las consecuencias de las copiosas hemorragias sufridas por el operado, y abreviar, facilitándolo, el período de convalecencia.

f) Las ventajas que para el enfermo y sus asistentes tiene el uso de la *gotiera* de Bonnet de Lyon en casos como el presente.

JULIO VALDES B.

III.

(CLÍNICA DEL DOCTOR ORTEGA.)

Hipertrofia prostática.—Cistostomía suprapubiana.—Prostatectomía.

El 7 de mayo de 1899 ingresó á la Casa de Salud, E. Liberman, de 64 años de edad, natural de Norte América.

No se puede obtener ningún dato respecto á sus antecedentes hereditarios.

En cuanto á los personales dice que él ha sido siempre muy bien constituido, se ha enfermado muy pocas veces y solamente le ha molestado una hernia inguinal del lado derecho que no ha querido operarse, y para lo cual usa un braguero. No presenta nada interesante al examen de los diversos aparatos.

Manifiesta que hace ocho meses comenzó á sentir mucho dolor al tiempo de orinar, lo que verificaba hasta quince veces en la noche; pero cada vez en muy poca cantidad y el chorro salía con muy poca fuerza. El extrañó muchísimo ésto, pues según nos dice, jamás había padecido ni de los riñones ni de las vías genito-urinarias. Más tarde, tres ó cuatro meses después, sintió mucho alivio, las micciones eran menos frecuentes y con menos dolor.

Durante todo este tiempo nō estuvo sujeto á ninguna medicación. Aprovechó esta mejoría para venirse á Guatemala, á donde lo llamaban asuntos personales. Una vez aquí, los dolores y la frecuencia en las micciones reaparecieron, agravándose de tal modo su situación, que no orinaba sino pocas gotas cada cuatro ó cinco minutos y eso con muchísimo dolor. En vista de ésto consultó con un cirujano de la capital, quien verificó la punción hipogástrica, con un trocart vesical, dando así salida á la gran cantidad de orina que ocasionaba tan grandes sufrimientos al paciente. Una vez cerrado el agujero hecho por la punción, y al cabo de cinco días, aquél fué acometido de nuevo por los mismos accidentes todavía más graves que al principio, y en este estado se decidió á ingresar á la Casa de Salud.

Del examen directo se pudieron obtener los siguientes datos:

Practicado el cateterismo con una bujía número 14 de la fila Charriere, lo que ocasionó mucho dolor al paciente, se pudo apreciar que ésta encontraba obstáculo como á quince centímetros del meato. Introduciendo después una sonda delgada de goma, se pudo extraer de la vejiga con bastante dificultad como 80 á 100 gramos de una orina sedimentosa, rica en fosfatos, de reacción alcalina y fuerte olor amoniacal,

que al examen químico no presentó ni albúmina ni azúcar, y al microscópico además de elementos organizados algunos cristales de fosfato amónico-magnesiano.

El tacto rectal da la sensación de una próstata aumentada considerablemente de volumen, acusando el enfermo poco dolor al verificarlo.

En vista de todo ésto el Jefe del Segundo Servicio de Cirugía, Doctor Ortega, no vaciló en diagnosticar una hipertrofia prostática, manifestando que era muy urgente oponer, tan pronto como fuera posible, el tratamiento necesario.

Ya que la punción hipogástrica no había dado absolutamente ningún resultado; haciendo á un lado algunos de los otros procederes paliativos que se conocen y eligiendo entre otros, se pensó desde luego en la operación de Poncet (de Lyon) y Mac Guire: la cistostomía suprapubiana ó fistulización de la vejiga, indicada por el doble motivo de la lesión prostática y la infección vesical. Una vez propuesta al enfermo, la aceptó gustoso, después de haberle explicado en qué consistía.

El mismo día se principió á administrar al enfermo lavados vesicales de agua boricada tibia, sondándolo dos veces al día, lo que no dejaba de ocasionarle mucha molestia. Na obstante ésto, mantenía siempre ganas de orinar, y esforzándose por hacerlo no obtenía sino dos ó tres gotas que aparecían lentamente al nivel del meato.

El día 3 de junio se procedió á verificar la operación, habiendo preparado al enfermo de una manera conveniente. Con los cuidados de la más rigorosa antisepsia y bajo la anestesia del cloroformo, se procedió á hacer una incisión de cinco centímetros inmediatamente por encima del pubis que comprendió la piel y el tejido celular subcutáneo. Después de dividir las fibras de la línea blanca se llegó al tejido adiposo de la cavidad prevesical de Retzius. Haciendo hacia arriba el peritoneo y disgregando aquel tejido, se llegó á la vejiga, la que distendida, merced á una inyección de agua boricada puesta por la uretra se pudo atraer con una pinza de garfios hacia la abertura practicada en donde se le hizo una incisión de cuatro centímetros. No se colocó balón de Petersen.

Hecho esto se exploró con el índice la próstata, encontrándose aumentada de volumen considerablemente, en especial en su lóbulo medio que se adelantaba hacia el cuello de la vejiga obstruyendo en totalidad el orificio posterior del conducto uretral. Como quiera que haciendo la ablación de este lóbulo, es decir, verificando una prostatectomía, los resultados para el enfermo podrían ser mucho mejores, á tal grado, que quizá bien podría evitarse más tarde el meato contra natura, se procedió á verificarla, seccionando la parte más saliente del lóbulo medio y cauterizando con termocauterio en seguida. Se lavó abundantemente la cavidad colocando después con seda aséptica la sutura muco-cutánea de acuerdo con el proceder de Poncet de Lyon. Puesto el tubo Perier-Guyon para el drenage de la vejiga se colocaron tres puntos de sutura arriba y tres abajo de la abertura por donde dicho tubo pasaba, cubriendo después la herida con una curación antiséptica. Prescribiose dieta láctea, agua de Vichy, lavados vesicales con agua boricada tibia tres veces al día y el reposo más absoluto.

Al día siguiente se cambió la curación por estar empapada de orina.

A los diez días se quitó el tubo Perier Guyon, sustituyéndolo por una sonda de Nélaton de calibre grueso. No ha habido elevación de temperatura, el dolor ha sido muy poco y la orina recogida en una copa está en muy buenas condiciones. La herida presenta muy buen aspecto. Al día siguiente se quitan los puntos de sutura que habían sido colocados el día de la intervención. El sueño y el apetito perdidos antes, reaparecen en estos días, mostrándose el enfermo muy animado.

El 23 de junio el paciente se levanta, y nota perfectamente cuando tiene deseos de orinar, lo que verifica por la herida inclinándose un poco, al mismo tiempo que percibe que sale también un poco de orina por la uretra.

La herida está perfectamente cicatrizada, habiendo quedado un agujero de un centímetro de diámetro por encima del pubis (meato hipogástrico.)

El 17 de julio el enfermo sale de la Casa de Salud, llevando en el meato hipogástrico una sonda de Nelaton que al

mismo tiempo que da paso á la orina, impide la retracción de los tejidos y la obstrucción del orificio, mientras se le coloca una cánula de plata muy semejante á las de traqueotomía, cuando ya la unión de la mucosa y de la piel se haya consolidado perfectamente.

El 20 de agosto se coloca dicha cánula que va provista de un tapón susceptible de quitarse para dar paso á la orina proyectada con un poco de fuerza, lo que prueba que la vejiga va recobrando poco á poco su contractilidad normal. Este aparato se le puso en defecto de uno de Loumeau ó de Collin que quizá más tarde, el enfermo pueda conseguir.

IV.

Hipertrofia prostática. — Cistostomía suprapubiana.

S. A., de 65 años, tejedor, de esta capital, ingresó al 2º Servicio de Cirujía del Hospital General, el 20 de mayo de 1899.

Antecedentes hereditarios nulos; personales: blenorragia á los 30 años; hace tres ó cuatro, comenzó á sufrir, según nos dice, de dolores vagos en los riñones y en la vejiga al mismo tiempo que notó que el chorro con que salía la orina era muy delgado. Hace ocho meses aquellos dolores fueron más tenaces, especialmente los de la vejiga que se irradiaban á casi todo el abdómen, aumentándose al tiempo de ejercer la micción por los esfuerzos que hacía que no estaban en relación con el chorro sumamente delgado y con poca fuerza, que después de ellos podía lograr. Poco á poco esos síntomas fueron aumentando en intensidad, por lo que el enfermo perdió el apetito y el sueño, se enflaqueció, sufría muchísimo, y últimamente cuando reanudaba los esfuerzos para orinar, lo hacía con mucho dolor logrando apenas unas cuantas gotas.

En este estado deplorable, se decidió á venirse al Hospital.

El enfermo no tiene quietud, pues el dolor de la vejiga es muy intenso y se irradia á las paredes abdominales en

donde se diseñan las masas musculares cada vez que aquel hace esfuerzos por orinar. No hay elevación térmica.

Intentado el cateterismo, se logra introducir una sonda acodada y de pequeño calibre, ocasionando al enfermo grandes sufrimientos y haciendo sangrar la uretra. El tacto rectal da la sensación de una próstata voluminosa.

La orina examinada con cuidado, es ácida, y no presenta nada de anormal, á no ser una débil cantidad de mucus.

El 25 de mayo y el 1º de junio por agravarse los síntomas presentándose dos crisis de retención, se practicó la punción hipogástrica.

Como el enfermo contiuuara lo mismo, se lleva á cabo la cistostomía el 12 de junio, después de haberlo preparado convenientemente.

Abierta la vejiga é introducido el dedo en el interior, se llega sobre la base de la próstata hipertrofiada en sus tres lóbulos, y haciendo una fuerte prominencia en la cavidad. Lavada abundantemente ésta, se siguió la operación de acuerdo con la técnica de Poncet.

Se procedió después como en el enfermo anterior, no habiendo que lamentar ningún accidente séptico.

Nótase en el paciente una mejoría gradual; los dolores vesicales han desaparecido al cabo de doce días de operado, y á los veinte, orina por una sonda de Nélaton, colocada en el meato hipogástrico, constituido ya, y la herida estando cicatrizada. Puede retener sus orinas por espacio de dos horas y media á tres horas.

A principios de agosto, el enfermo se encuentra en un estado relativo de buena salud, el apetito reaparece, y no padece más de insomnios.

El 26 de agosto sale del Hospital, con su cánula de plata en el meato hipogástrico, sintiendo perfectamente deseos de orinar cada cinco horas, y verificando dicha función por aquel, y en poca cantidad por la uretra.

V.

S. C., caporal de la finca de Santo Tomás, de 60 años, natural de Pueblo Viejo, ingresó al mismo servicio que el anterior; el día 8 de junio del año en curso.

Buenos antecedentes hereditarios. Respecto los personales, dice que á la edad de 30 años comenzó á padecer de fríos y calenturas, siendo su forma, según pudimos comprender, intermitentes cuotidianas. Se presentan síntomas de paludismo crónico y alcoholismo; al mismo tiempo que su situación en la actualidad, de las más alarmantes, presenta signos característicos de *caquexia urinosa.*

Hace un año padeció de fuertes dolores en los riñones y la vejiga, y de retención de orina, por lo que ingresó al Hospital, donde sólo se limitaron á sondearlo, por no aceptar operación de ninguna clase. Cuando se sintió mejor pidió su alta, y un individuo le dió el consejo de sondearse él mismo, cada vez que padeciera de la misma dolencia. Dice que habiendo conseguido una sonda, hubo ocasiones en que se tenía que sondear dos veces en el día y otras sólo una, verificándolo siempre con suma dificultad y dolor, y sin lavar la sonda.

Hace quince días notó que los dolores de que ya en un tiempo había padecido, reaparecieron con mayor intensidad, así como la dificultad y el dolor al tiempo de pasarse la sonda eran más considerables que al principio. Al fijarse en la poca orina que salía por la sonda, notó que era muy turbia.

Cuando esos síntomas se agravaron y el enfermo no pudo mas introducirse la sonda, vino de nuevo al Hospital.

El examen directo nos da los siguientes datos: semblante demacrado, estado saburral de las vías digestivas, lengua seca, algo de nausea y diarrea. Temperatura de 39° sudor copioso y respiración fatigosa. A la palpación de la región hipogástrica el enfermo acusa mucho dolor, que se irradia al abdomen y á los muslos, tocándose también el globo vesical distendido. Se encuentra una próstata muy voluminosa y dura al practicar el tacto rectal. La orina que se extrajo por medio de una sonda delgada, con suma dificultad y con gran dolor, era de reacción alcalina y contenía pus. (orina jumentosa)

Después de haber preparado al enfermo de manera imperfecta, por la premura del tiempo y la dificultad insuperable del cateterismo, se practicó la cistostomía suprapubiana, doblemente indicada por la hipertrofia prostática y la infección vesical.

Haciendo la exploración correspondiente una vez abierta la vejiga se encontró una hipertrofia trilobar de la próstata, y la vejiga sumamente infectada por lo que se lavó en abundancia con una solución de sublimado al 1 por 3,000.

Verificada después la sutura muco-cutánea y establecido el drenaje con los tubos-sifones, este operado fué objeto de más cuidado que los otros, en cuanto á circunstancias de aseo y limpieza. Temperatura de la tarde 39°

Los lavados continuaron cuatro veces al día, y el sexto de la operación la temperatura cayó en la mañana á la normal. Todos los puntos de la sutura se han infectado por lo que se les cauteriza con tintura de yodo, después de haber quitado los hilos. El estado del enfermo es mejor pues todos los síntomas del principio, van desapareciendo paulatinamente.

El 25 de junio la herida presenta muy buen aspecto, y la orina que se ha recogido diariamente para observar su cambio en cantidad y calidad, se encuentra en condiciones mejores. El enfermo se levanta.

El 30 de junio la orina que sale del meato, es de reacción ácida y apenas presenta un sedimento blanquecino compuesto de mucus y células epiteliales.

En julio el enfermo ha mejorado notablemente; tiene apetito, ha engordado, y puede retener su orina por espacio de tres ó cuatro horas. Dicho estado continúa en agosto, y estando en muy buenas condiciones en cuanto á bienestar general y respecto la orina que es normal, se le da el alta el 24 del mismo mes. En esta fecha retiene sus orinas durante cuatro horas en la posición vertical y seis en la horizontal, siente muy bien los deseos de orinar, lo que verifica, aunque débilmente, por la cánula que se le ha colocado en el meato infra-umbical.

VI.

Fístulas urinarias.—Cistostomía suprapubiana.

M. P., jornalero, natural de México, de 30 años de edad ingresa á la Clínica del Doctor Ortega el 28 de mayo de 1899.

Recuerda que su padre murió de cáncer. Antecedentes personales: tres blenorragias en diferentes épocas; constitución débil; anémico; síntomas generales de tuberculosis é indicios de alcoholismo. Estado caquéctico.

Hace tres años comenzó á sentir dolores al orinar en todo el trayecto uretral, al mismo tiempo que el chorro era sumamente delgado. El dolor se irradió más tarde al periné, donde apareció un agujero por el que también salía orina. El enfermo nos dice que entonces trabajaba en el departamento de Huehuetenango, y siendo muy pobre no tenía recursos para ir á curarse aunque fuera á la cabecera de aquel, por lo que continuó en sus quehaceres con aquella dolencia.

A los dos meses la infiltración de orina había ganado terreno, pues nuevas fístulas se presentaron, y el periné fué adquiriendo una consistencia muy dura. A todo esto nos dice el enfermo que no podía trabajar más; se sentía acalenturado; insomnios todas las noches, pérdida del apetito y desórdenes digestivos.

Le proporcionó su familia la venida á la capital, á donde llegó el 27 de mayo, ingresando, como hemos dicho, al día siguiente al Hospital.

El estado de este paciente en esta fecha era lamentable: su periné y bolsas, en parte edematizados y en parte completamente duros, estaban cubiertos de fístulas, de donde salía al ejercer presión un pus espeso, fétido y mezclado de orina. Una de estas fístulas, se extendía hasta la región glútea derecha. Los tegumentos, irritados por la salida continua de los líquidos, eran el sitio de excoriaciones muy dolorosas, particularmente al nivel del escroto y de los pliegues génito-crurales. Incontinencia de materias fecales.

El enfermo M. P. no podía, ni sentarse, ni andar sin experimentar grandes dolores, que se exasperaban sobre todo, en el momento de la emisión de las orinas que pasaban sobre tejidos inflamados.

Edema en los miembros inferiores; la orina que se pudo recoger por el meato contenía pus, y al ser tratada por el ácido nítrico, después de haberla filtrado, da un poco de albúmina.

Cateterismo impracticable; gran número de falsas vías, al grado de aparecer la punta de la sonda en el periné. Temperatura 38° 5.

Se decidió practicar la cistostomía supra-pubiana, la que se llevó á cabo previos los cuidados indispensables el 29 de junio.

Abierta la vejiga, lavada en abundancia y hecha la sutura de la mucosa á la piel, se estableció el drenaje con los tubos Perier-Guyon; y con grandes dificultades, se practicó el cateterismo retrógrado, instalando en la uretra una sonda permanente de calibre delgado.

Se prodigan los cuidados que la gravedad del enfermo requiere.

Después de oscilaciones entre 38 y 39° en los días siguientes á la operación, la temperatura cae definitivamente á la normal el 6 de junio.

El 7 en la mañana y al practicar el interno del servicio, el lavado vesical de costumbre, nota la presencia de materias fecales en la vejiga, lo que da á entender que existen fístulas vesico-intestinales.

El edema de los miembros inferiores persiste, lo mismo que siempre se comprueba un poco de albumina en la orina, no obstante el régimen establecido.

El enfermo se mantiene muy deprimido, aun cuando el estado del periné mejora visiblemente; no hay salida de pus y la orina recogida es clara, pero con bastante sedimento.

El 12 de julio se decidió practicar la resección de parte de las fístulas.

Después de esta intervención no hubo elevación térmica y á los quince días de practicada, la herida hecha granula en muy buenas condiciones.

El 30 de junio, día designado para practicar nueva intervención sobre las fístulas, el enfermo es atacado de un acceso de uremia fulminante que le priva de la vida.

Deseamos practicar la autopsia, tanto para conocer la constitución anatómica de la vía hipogástrica ya establecida, como para indagarnos acerca de las lesiones renales é intestinales que á no dudarlo, el enfermo padecía; pero la oposición de la familia de éste, nos decidió á no verificarla.

CONCLUSIONES.

I.—La cistostomía constituye hoy un poderoso método de tratamiento de las complicaciones urinarias. Es operación de urgencia y de necesidad y tiene indicaciones propias con el mismo título que el ano artíficial, ó la colecistostomía en las infecciones de las vías biliares.

II.—No es el acto quirúrgico el que determina en los cistotomizados, el pronóstico de la afección; éste es resuelto por la gravedad de las lesiones.

III.—La operación de Poncet presta dos garantías principales al prostático, merced á los resultados por ella obtenidos; estas garantías consisten en la fácilidad que presenta la abertura hipogástrica para llevar á buen término la antisepsia vesical, y la seguridad que no se volverán á presentar accidentes de retención que constituyen un peligro inminente. Estas dos condiciones no se obtienen ni con el cateterismo, ni con la punción hipogástrica.

IV.—La cistostomía tendrá resultados más eficaces, si es llevada á cabo al principio de los accidentes de retención.

V.—En los casos de retención sin infección, la curación es la regla.

VI.— En los enfermos en estado de infección sobre-aguda, la intervención debe ser intentada como último recurso, aun cuando sea ineficaz.

VII.—La cistostomía debe ser preferida á cualquier otro tratamiento paliativo, en casos de tumores vesicales con lesiones avanzadas.

VIII.—Hay prostáticos que recobran la micción por la uretra, y otros que continuan orinando por el meato hipogástrico; de ahí la división en *cistostomizados temporales* y *cistostomizados permanentes.*

IX.—La continencia de orina después de la cistostomía, parece resultar de un conjunto de disposiciones anatomo-fisiológicas, entre las cuales las más importantes son: la longitud de la nueva uretra, su calibre, y su constitución anatómica.

X.—La "cistostomía ideal" de Wassilieff, es practicable, atendiendo las condiciones anatómicas y fisiológicas de la nueva uretra.

BIBLIOGRAFIA.

OBRAS:

Poncet y Dolore.—Tratado de la cistostomía supra-pubiana en los prostáticos.

Guyon.—Lecciones clínicas sobre las afecciones quirúrgicas de la vejiga y de la próstata.

Guyon.—Enfermedades de las vías urinarias.

Albarran.—Los tumores de la vejiga.

Max. Melchior.—Cistitis é infección urinaria.

Furbringer.—Tratado de las enfermedades de los órganos génito-urinarios.

Forgue y Reclus.—Tratado de terapéutica quirúrgica.

Thompson.—Tratado práctico de las enfermedades de las vías urinarias.

Lejars.—Lecciones de cirugía.

Duplay y Reclus.—Tratado de cirugía.

Dechambre.—Diccionario de ciencias médicas.

Tillaux.—Tratado de cirugía clínica.

Rochet.—Cirugía de la uretra, de la vejiga y de la próstata.

Bouilly.—Patología externa.

PUBLICACIONES PERIÓDICAS:

"La Semana Médica," 1893 y 1894.

"Gaceta de los Hospitales," 1894.

"Medicina moderna," 1884.

Archivos provinciales de cirugía, 1897, tomo 6º

"Anales de las enfermedades de los órganos génito-urinarias," 1895 y 1899.

"La Escuela de Medicina," 1896 y 1899.

PROPOSICIONES

Física Médica.—Cistoscopio ne Nitze.
Zoología.—Amæbianos.
Botánica.—Qassia amara.
Química Inorgánica.—Nitrato de plata.
Química Orgánica.—Vaselina.
Histología.—Mucosa vesical.
Anatomía.—Cavidad de Retzius.
Fisiología.—Micción.
Patología General.—Respiración de Cheyne-Stokes.
Patología Externa.—Cálculos vesicales.
Patología Interna.—Litiasis renal.
Medicina Operatoria.—Litotricia rápida.
Clínica Quirúrgica.—Lavados vesicales.
Clínica Médica.—Auscultación de los vasos.
Higiene.—De la primera infancia.
Medicina Legal.—Signos de envenenamiento que pueden ser encontrados en la autopsia.
Obstetricia.—Indicaciones del forceps.
Terapéutica.—Agua de Janos.
Ginecología.—Amenorrea,
Bacteriología.—Autoclave.
Anatomía Patológica.—De la cistitis tuberculosa.
Toxicología.—Investigación de los alcaloides por el método de Stass.
Farmacia.—Colutorios.